



**Mi Universidad**

## **Flash Cards**

*Wilder Bossuet Ramírez Vázquez*

*Flash Cards.*

*4° parcial.*

*Clínicas Complementarias.*

*Dra. Adriana Bermúdez Avendaño*

*Medicina Humana.*

*7° semestre*

*Comitán de Domínguez, Chiapas a 13 de Diciembre del 2024.*

# Introducción

Las enfermedades crónicas degenerativas (ECD) representan un desafío significativo para la salud pública mundial debido a su creciente prevalencia y el impacto prolongado que tienen en la calidad de vida de los pacientes. Estas patologías son de naturaleza progresiva, lo que implica que, a medida que avanzan, causan un deterioro funcional de diferentes sistemas del organismo, llevando a una disminución progresiva de la capacidad física, cognitiva y metabólica de las personas afectadas. Entre las enfermedades crónicas degenerativas más comunes se encuentran la **diabetes mellitus**, la **hipertensión arterial**, las **dislipidemias**, el **síndrome metabólico**, y los **síndromes nefríticos y nefróticos**, que, a menudo, se presentan de manera interrelacionada. La **diabetes mellitus** es una enfermedad metabólica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre debido a una deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que conlleva a complicaciones graves si no se maneja adecuadamente. La **hipertensión arterial**, por otro lado, es una afección en la que la presión sanguínea se mantiene elevada, lo que aumenta el riesgo de accidentes cerebrovasculares, infartos y daños en los órganos vitales, incluyendo el corazón y los riñones. Las **dislipidemias**, que se caracterizan por niveles anormales de lípidos en la sangre, son factores de riesgo clave para enfermedades cardiovasculares, y a menudo se asocian con el **síndrome metabólico**, una combinación de factores como obesidad abdominal, resistencia a la insulina, dislipidemia e hipertensión, que incrementan de manera significativa el riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares y diabetes. Por otro lado, los **síndromes nefríticos y nefróticos** son trastornos que afectan los riñones y pueden llevar a insuficiencia renal si no se tratan adecuadamente. Estos síndromes se caracterizan por la inflamación de los glomérulos renales, lo que puede causar pérdida de proteínas y sangre en la orina, entre otros síntomas. Las enfermedades crónicas degenerativas tienen en común su relación con factores de riesgo como la obesidad, el sedentarismo, la mala alimentación, el consumo de tabaco y alcohol, y el envejecimiento, lo que hace que su prevención y tratamiento sean temas prioritarios en las políticas de salud pública a nivel global.

El manejo efectivo de estas enfermedades requiere un enfoque integral que incluya prevención primaria, diagnóstico temprano, y tratamiento adecuado, con énfasis en la modificación de los estilos de vida, el control de los factores de riesgo y el uso de terapias farmacológicas para mitigar el avance de la enfermedad. Dada la alta carga de morbilidad y mortalidad asociada con estas condiciones, es crucial promover una mayor conciencia social y proporcionar educación continua sobre su manejo para reducir el impacto de las enfermedades crónicas degenerativas en la población.

# Diabetes mellitus

Es un grupo de enfermedades metabólicas que comprometen el transporte de la glucosa por defectos en la secreción y acción de la insulina, caracterizadas por niveles elevados de glucosa en sangre y alteración del metabolismo del resto de las moléculas energéticas.

## Diabetes tipo 1

Secuencia a destrucción de células  $\beta$  pancreáticas y deficiencia absoluta de insulina.  
Antecedentes: Antecedentes autoinmunes, antecedentes de diabetes tipo 1, antecedentes de diabetes tipo 2, antecedentes de diabetes tipo 3.

## Diabetes tipo 2

Defecto progresivo en la secreción y resistencia a la insulina.  
Se relaciona con obesidad, hipertensión, hiperlipidemia, hiperuricemia, síndrome metabólico, historia familiar del 80-90% tienen un familiar con DM2.

Criterios:  
• Criterios de diagnóstico: DM2, Diabetes gestacional en el segundo o tercer trimestre del embarazo.  
• Tipos especiales: MODY, enfermedades del páncreas y medicamentos o sustancias químicas.

### Diagnóstico

Presencia de los síntomas en ayuno o por DM tipo 2 y DM tipo 1.  
• Criterios genéticos MODY (defecto genético de célula  $\beta$  en personas con antecedentes familiares de diabetes tipo 2 y DM tipo 1).  
• Criterios de diagnóstico: DM2, Diabetes gestacional en el segundo o tercer trimestre del embarazo.



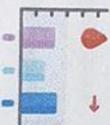
R

R

Se recomienda realizar tamizaje de DM2 con determinación de HbA1c de forma de la edad, considerando como factores de riesgo la obesidad, hipertensión arterial, antecedentes familiares de diabetes, sedentarismo, diabetes gestacional (DM2) y síndrome metabólico postparto.  
Para personas sin factores de riesgo y antecedentes de DM2 se recomienda realizar tamizaje de DM2 con determinación de HbA1c de forma de la edad, considerando como factores de riesgo la obesidad, hipertensión arterial, antecedentes familiares de diabetes, sedentarismo, diabetes gestacional (DM2) y síndrome metabólico postparto.  
Se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido.

# Diabetes mellitus

Tratamiento acorde cifras de HbA1c en citas subsecuentes



R

R

R

R

R

R

Mantener monoterapia.  
• Metformina 800mg hasta 2500mg.  
• Considerar insulina en caso de control inadecuado.  
• Terapia con Metformina +  
• DPP-4, Sitagliptina / Canagliflozina / Sulfonylurea / Orepiprida.  
• Presencia de hipertensión:  
• Terapia con ACE-inhibidores / AINEs / Diuréticos / Betabloqueantes / Calcioantagonistas / Nifedipina.  
• Presencia de insuficiencia cardíaca:  
• Terapia con Metformina +  
• Insulina NPH 10 UI o O2 UI x peso kg.  
La dosis inicial de insulina basal es de 0.1 U/dosis por día o de 0.2 U/dosis por día en pacientes con diabetes tipo 2. Ajustar la dosis de insulina basal cada vez que la glicemia en ayunas está por encima del valor objetivo.  
Si cumple metas de control glucémico claro en 3 meses, si no cumple mensualmente y escalar tratamiento.

Tratamiento acorde a sus glicemias de control

Metas de control glucémico:

R

R

R

HbA1c <7.0% (53 mmol/mol)  
• Glucosa capilar preprandial 80-130 mg/dL  
• Glucosa capilar posprandial <180 mg/dL

No se recomienda iniciar la terapia combinada con metformina y SGLT-2 en pacientes con antecedentes de DM2 tipo 2, a menos que se presente un perfil glicémico extendido que permita la prescripción de una alternativa en caso de que no se puedan utilizar inhibidores DPP-4.

No se recomienda iniciar la terapia combinada con metformina y SGLT-2 en pacientes con antecedentes de DM2 tipo 2, a menos que se presente un perfil glicémico extendido que permita la prescripción de una alternativa en caso de que no se puedan utilizar inhibidores DPP-4.

# Diabetes mellitus

Confirmación de diabetes:  
• Síntomas + prueba alterada.  
• Prueba alterada en ayuno o por DM tipo 2 y DM tipo 1.  
• Prueba alterada en ayuno o por DM tipo 2 y DM tipo 1.

## Diagnóstico

Los criterios son los mismos que para el diagnóstico de DM2.  
Mayor importancia en el diagnóstico de DM2.

Criterios de diagnóstico:  
• Síntomas + prueba alterada.  
• Prueba alterada en ayuno o por DM tipo 2 y DM tipo 1.  
• Prueba alterada en ayuno o por DM tipo 2 y DM tipo 1.

### Tratamiento

La HbA1c es un mejor estudio para detectar la presencia de diabetes y la cura de tolerancia oral a la glucosa para corroborar el diagnóstico.

Se sugiere iniciar metformina con dosis de 425mg diario e incrementar la dosis gradual cada tercer a quinto día hasta alcanzar la dosis meta para evitar efectos gastrointestinales.

R

R

No se recomienda el manejo solo con insulina en el diagnóstico de diabetes.  
Se recomienda que los pacientes adultos con DM 2 reciban diagnóstico de acuerdo a la dieta mediterránea.  
Se recomienda iniciar con metformina a dosis de 425 mg y aumentar la dosis gradualmente hasta alcanzar la dosis meta para evitar efectos gastrointestinales.  
Se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido.

# Diabetes mellitus

Metas de control glucémico:

R

R

R

R

R

R

Mantener monoterapia.  
• Metformina 800mg hasta 2500mg.  
• Considerar insulina en caso de control inadecuado.  
• Terapia con Metformina +  
• DPP-4, Sitagliptina / Canagliflozina / Sulfonylurea / Orepiprida.  
• Presencia de hipertensión:  
• Terapia con ACE-inhibidores / AINEs / Diuréticos / Betabloqueantes / Calcioantagonistas / Nifedipina.  
• Presencia de insuficiencia cardíaca:  
• Terapia con Metformina +  
• Insulina NPH 10 UI o O2 UI x peso kg.  
La dosis inicial de insulina basal es de 0.1 U/dosis por día o de 0.2 U/dosis por día en pacientes con diabetes tipo 2. Ajustar la dosis de insulina basal cada vez que la glicemia en ayunas está por encima del valor objetivo.  
Si cumple metas de control glucémico claro en 3 meses, si no cumple mensualmente y escalar tratamiento.

Tratamiento acorde a sus glicemias de control

Metas de control glucémico:

HbA1c <7.0% (53 mmol/mol)  
• Glucosa capilar preprandial 80-130 mg/dL  
• Glucosa capilar posprandial <180 mg/dL

No se recomienda iniciar la terapia combinada con metformina y SGLT-2 en pacientes con antecedentes de DM2 tipo 2, a menos que se presente un perfil glicémico extendido que permita la prescripción de una alternativa en caso de que no se puedan utilizar inhibidores DPP-4.

No se recomienda iniciar la terapia combinada con metformina y SGLT-2 en pacientes con antecedentes de DM2 tipo 2, a menos que se presente un perfil glicémico extendido que permita la prescripción de una alternativa en caso de que no se puedan utilizar inhibidores DPP-4.

## Diagnóstico

Los criterios son los mismos que para el diagnóstico de DM2.  
Mayor importancia en el diagnóstico de DM2.

Criterios de diagnóstico:  
• Síntomas + prueba alterada.  
• Prueba alterada en ayuno o por DM tipo 2 y DM tipo 1.  
• Prueba alterada en ayuno o por DM tipo 2 y DM tipo 1.

### Tratamiento

La HbA1c es un mejor estudio para detectar la presencia de diabetes y la cura de tolerancia oral a la glucosa para corroborar el diagnóstico.

Se sugiere iniciar metformina con dosis de 425mg diario e incrementar la dosis gradual cada tercer a quinto día hasta alcanzar la dosis meta para evitar efectos gastrointestinales.

R

R

No se recomienda el manejo solo con insulina en el diagnóstico de diabetes.  
Se recomienda que los pacientes adultos con DM 2 reciban diagnóstico de acuerdo a la dieta mediterránea.  
Se recomienda iniciar con metformina a dosis de 425 mg y aumentar la dosis gradualmente hasta alcanzar la dosis meta para evitar efectos gastrointestinales.  
Se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido, se recomienda utilizar un perfil glicémico extendido.

# Diabetes mellitus

Metas de control glucémico:

R

R

R

R

R

R

Mantener monoterapia.  
• Metformina 800mg hasta 2500mg.  
• Considerar insulina en caso de control inadecuado.  
• Terapia con Metformina +  
• DPP-4, Sitagliptina / Canagliflozina / Sulfonylurea / Orepiprida.  
• Presencia de hipertensión:  
• Terapia con ACE-inhibidores / AINEs / Diuréticos / Betabloqueantes / Calcioantagonistas / Nifedipina.  
• Presencia de insuficiencia cardíaca:  
• Terapia con Metformina +  
• Insulina NPH 10 UI o O2 UI x peso kg.  
La dosis inicial de insulina basal es de 0.1 U/dosis por día o de 0.2 U/dosis por día en pacientes con diabetes tipo 2. Ajustar la dosis de insulina basal cada vez que la glicemia en ayunas está por encima del valor objetivo.  
Si cumple metas de control glucémico claro en 3 meses, si no cumple mensualmente y escalar tratamiento.

Tratamiento acorde a sus glicemias de control

Metas de control glucémico:

HbA1c <7.0% (53 mmol/mol)  
• Glucosa capilar preprandial 80-130 mg/dL  
• Glucosa capilar posprandial <180 mg/dL

No se recomienda iniciar la terapia combinada con metformina y SGLT-2 en pacientes con antecedentes de DM2 tipo 2, a menos que se presente un perfil glicémico extendido que permita la prescripción de una alternativa en caso de que no se puedan utilizar inhibidores DPP-4.

No se recomienda iniciar la terapia combinada con metformina y SGLT-2 en pacientes con antecedentes de DM2 tipo 2, a menos que se presente un perfil glicémico extendido que permita la prescripción de una alternativa en caso de que no se puedan utilizar inhibidores DPP-4.

# Diabetes mellitus

Hipoglucemiantes orales para ENARM

## Hipoglucemiantes (preformados)

- Hacerse un chequeo de hemoglobina glicosilada (HbA1c), mejor si la medición se hace por mañana y a ayuno y a diferencia de los otros hipoglucemiantes, su efecto es de larga duración.
- Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.

## Insulinas

- Eficacia: hipoglucemiantes y con insulina
- Mecanismo de acción: estimulan la secreción de insulina por las células beta del páncreas.
- Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.

## Sulfonilureas

- Eficacia: estimulan la liberación de insulina de las células beta del páncreas.
- Mecanismo de acción: estimulan la secreción de insulina por las células beta del páncreas.
- Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.

## Insulinas de acción rápida como insulina tipo 2 (ACTR)

- Eficacia: hipoglucemiantes y con insulina
- Mecanismo de acción: estimulan la secreción de insulina por las células beta del páncreas.
- Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.

## Fármacos hipoglucemiantes con efecto incretina: incretinas (GLP-1)

- Mecanismo: Papanicolaou el efecto incretina. Aumenta la secreción de insulina de las células beta del páncreas.
- Eficacia: hipoglucemiantes y con insulina
- Mecanismo de acción: estimulan la secreción de insulina por las células beta del páncreas.
- Contraindicaciones: Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.

Medicamento	Indicaciones	Contraindicaciones
Insulina	Diabetes Mellitus tipo 1 y tipo 2	Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.
Sulfonilureas	Diabetes Mellitus tipo 2	Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.
Insulinas de acción rápida como insulina tipo 2 (ACTR)	Diabetes Mellitus tipo 2	Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.
Fármacos hipoglucemiantes con efecto incretina: incretinas (GLP-1)	Diabetes Mellitus tipo 2	Embarazo, lactancia, insuficiencia renal > 30 ml/min y menor a 30 ml/min cuando TFG < 45 ml/min.

Preparación de 120 mg/ml. Farmacología: 1. Acción: Actúa sobre el eje de la insulina, con el efecto de aumentar la secreción de insulina por las células beta del páncreas.

Diabetes Mody

IMC Normal  
18-21

- 4<sup>o</sup> Diabetes Mody
- Diabetes Mody 1 → Genético "Gen HNFA1"
- Diabetes Mody 2 → Glucocinasa ↓ secreción de insulina
- Diabetes Mody 3 → HNF1A

Dx →

# Diabetes insípida

Síndrome caracterizado por la alteración corporal del agua debido a una deficiencia en la secreción de la hormona antidiurética (ADH) produciendo diabetes insípida central o neurogénica o por falta de acción de la ADH en el tubo colector del riñón.

**Definición:** Deficiencia de secreción de ADH a central

**F de riesgo:** Cirugía hipofisaria, hipofisitis, tumores, traumatismos, enfermedades genéticas y otras.

**Tratamiento:** El análisis de la secreción de la hormona antidiurética es el tratamiento de elección.

**Clínica:** Poliuria (diuresis > 3.5 litros por día) y polidipsia. Deshidratación, debilidad, convulsiones y letargia.

**Análisis:** Hiponatremia con osmolaridad plasmática elevada. Osmolaridad urinaria < 900 mOsm/kg. En su caso de ser origen central es obligatorio realizar una prueba para estudio de hipofisis.

**Diagnóstico:** 1. Inicial: Prueba de Sangre (prueba de agua) para aumentar la secreción de ADH. 2. Prueba con desmopresina (ADH) o vasopresina.

**Origen central:** Si la osmolaridad urinaria es menor a 900 mOsm/kg, el origen es central.

**Origen neurogénico:** Si no se modifica la osmolaridad urinaria.

**Origen hipofisario:** Si la osmolaridad urinaria es mayor a 900 mOsm/kg, el origen es hipofisario.

La desmopresina es un análogo de vasopresina que actúa sobre los receptores V<sub>2</sub>.

GPC-IMSS-657-21 Dr. Edwin Madera

Hormona ADH

- Deficit de vasopresina
- Falla de medio → Alteración en el crecimiento CN (Niños chiquitos).
- Sedio Normal 135 - 145 mOsm
- Hipernatremia



## Tx Farmacológico.

- 1) IECA o ARA II
  - 2) IECA o ARA II + Diuretico Tiazidico.  
o BCC → 2do nivel
  - 3) IECA o ARA II + BCC + Diuretico  
tiazidico + espirinolactona → 2do nivel
- Crisis hipertensivas.

## Recomendaciones.

- # 1 Diuretico
- # 2 RL se met esquema 2 doble BCC
- # 3 velover  $< 30$  ml/min el filtrado.



## SRAA

↓ PA → Arterio aferente → Baroreceptor

1. Premeia A. Vortaglomerular → Renina)  
gene Scilicet atromax de
- 2) Hé Páho 1 Angiotensinogena → Angiotensina I
- 3) Pulmón → ECA → Angiotensina II (Vasos constricción) → T.A.

- Restricción de Na<sup>+</sup> de sal
- P.E.M de lípidos → Placas de ateroma
- Fondo de ojo → Retinopatía
- Determinación de proteínas en la orina
- Hb1A1c
- Creatinina y TFG

## HTA

- 1.- Primaria → idiopática > 140/190 mmHg
- 2.- Secundaria → # 1 E. renal crónica

Evaluar riesgo cardiovascular → infarto

Fx de riesgo cardiovascular

- > 40 años
- Tabaquismo
- Obesidad
- Sedentarismo
- dislipidemias
- hipertensión
- diabetes
- A. Familiares

Recomendaciones.

- ↓ Ingesta de sal < 5gr
- Act. física Aeróbica. 30 a 45 min x 5-7 días.
- Dieta: Dash, mediterránea, No diet.
- ↓ Consumo de alcohol.
- Suspender Tabaquismo

Tam Tgic

180 FR → Semesta 1

180 SFR → 3 a 5 días.

AMPA → 135/90 mmHg Día

> 120/80 mmHg Noche. 2 formas

MAPA > 135/85 mmHg → Dx HTA días Por la mañana y obs Po / la noche.

AMPA → Automot. Zaid

MAPA → Ambulatorio.

MDPA → Domiciliario

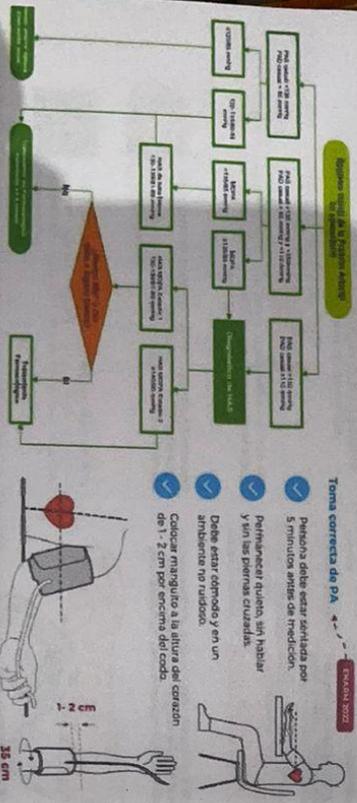
DX X7

2 formas

# HAS en adultos

**Metas**

- R** Se recomienda que en adultos con HAS con < 60 años la meta de presión para ellos sea < 140/90 mmHg. Sin embargo, para adultos con hipertensión y enfermedad cardiovascular establecida, o riesgo de enfermedad cardiovascular, se recomienda un objetivo de PA < 130 mmHg.
- Rc** Se recomienda en adultos con DM o hipertensión recibir un objetivo de presión para reducir el riesgo de complicaciones de < 130/80 mmHg.
- R** En pacientes con antecedente de DM se recomienda mantener metas de PAS de al menos 140 mmHg en pacientes con hipertensión y enfermedad renal crónica terminal.
- R** En pacientes hipertensos con antecedentes cardiovasculares con alto riesgo se recomienda un objetivo de presión de al menos 130/80 mmHg para reducir el riesgo de complicaciones cardiovasculares.
- Rc** En pacientes con antecedente de DM se recomienda mantener metas de PAS de al menos 140 mmHg en pacientes con hipertensión y enfermedad renal crónica terminal.



# Crisis hipertensivas

Acorde a la GPC la crisis hipertensiva es la elevación aguda de la PA con cifra diastólica superior a 120 mmHg y/o PA sistólica por encima de 180 mmHg. Este término, a su vez, engloba a la urgencia hipertensiva y emergencia hipertensiva.

- Urgencia hipertensiva**
  - No implica daño agudo a órgano diana y usualmente es causada por omisiones del tratamiento antihipertensivo.
  - Representa el 75% de las crisis hipertensivas.
  - El manejo ambulatorio es el más común, en 24 horas.
  - Medicamento vía oral: Lisinapril, Captopril o amlodipino.
- Emergencia hipertensiva**
  - Implica daño agudo a órganos diana y debe ser manejada en centros en centros de 24h y 24h nivel.
  - Representa el 25% de las crisis hipertensivas.
  - Se debe hospitalizar para manejo específico dependiendo del daño a órgano afectado.
  - Los medicamentos se aplican vía intravenosa.

**Urgencia Clínica**  
Se sugiere que los pacientes con urgencia hipertensiva la reducción de la TA sea de manera ambulatoria, esto se puede lograr con la medicación oral.

**Urgencia Clínica**  
Principalmente dolor torácico, disnea y déficit neurológico.  
• SNC: cefalea intensa, pérdida del estado de alerta y pirralia.  
• Renal: Edema, oliguria, anuria y elevación de azúcares.

**Urgencia Clínica**  
Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva la inclusión continua de agentes antihipertensivos de corta duración o bien cualquier fármaco antihipertensivo.

**E** Las dosis bajas de carga de agentes antihipertensivos pueden generar efectos secundarios y causar hipotensión después del alta del servicio de urgencias o de la clínica.

Clase	Indicaciones	Efectos secundarios
Beta-bloqueantes	Insuficiencia cardíaca o insuficiencia coronaria	Bradicardia, bloqueo AV, insuficiencia cardíaca
Calcio y otros	Insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, angina pectoris, arritmias, hipertensión arterial	Edema, constipación, bradicardia, bloqueo AV, insuficiencia cardíaca
Diuréticos	Insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, edema	Dehidratación, hipotensión, hipokalemia, hipomagnesemia
Antagonistas de receptores de angiotensina II	Insuficiencia cardíaca, hipertensión arterial, enfermedad renal crónica	Hipotensión, hiperpotasemia, bloqueo AV, insuficiencia cardíaca

No hay evidencia de ensayos clínicos que demuestren que los fármacos antihipertensivos reducen la mortalidad o morbilidad en pacientes con emergencia hipertensiva.



# Dislipidemias



Riesgo cardiovascular en 10 años.

## Diagnóstico

- Criterios para hipercolesterolemia familiar heterocigota:
  - Confirmación de una hipercolesterolemia familiar heterocigota por niveles de grasas
  - LDL-c > 500 mg/dl en tratamiento o 300 mg/dl asociada a antecedentes de enfermedad en ambos padres.
- Criterios para hipercolesterolemia familiar heterocigota:
  - Confirmación genética o puntuación LDL-c > 6 puntos.
  - Hipercolesterolemia primaria con LDL-c > 200 o > 150 en tratamiento + historia familiar de primer grado.

## Tratamiento

- **Primera línea:** Estilo de vida saludable, con ejercicio al menos 30 minutos al día 5 veces por semana y plan de alimentación.
- Inicio de tratamiento con estatinas como primera elección en pacientes con hipertriglicéridemia (TC > 200 mg/dl).
- Agregar ezimibastatán 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.

Siempre descartar causas secundarias de dislipidemias.

## Riesgo cardiovascular con estatinas

Riesgo cardiovascular con estatinas	Mayor beneficio
Paciente con riesgo cardiovascular bajo y LDL-c > 116 mg/dl	Llevar a una meta de c-LDL < 116 mg/dl
Paciente con riesgo cardiovascular moderado y LDL-c > 100 mg/dl	Llevar a una meta de c-LDL < 100 mg/dl
Paciente con riesgo cardiovascular alto y LDL-c > 70 mg/dl	Reducir ~ 50% c-LDL hasta < 70 mg/dl
Paciente con riesgo cardiovascular muy alto y LDL-c > 55 mg/dl	Reducción ~ 50% del valor basal de c-LDL con una meta = 55 mg/dl
Paciente con riesgo cardiovascular muy alto e hipercolesterolemia familiar: 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.

**Rc**

**R**

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

Añadir un inhibidor de PCS9A a estatinas en aquellos pacientes con intolerancia a las estatinas.

# Dislipidemias

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

## Etiología

Etiología multifactorial, sin embargo, el estator es el factor principal que se encuentra elevada en el perfil de lípidos puede orientar en la causa de la dislipidemia, y su potencial atrogénico.

## Epidemiología

- Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la principal causa de muerte.
- En 2008 contribuyeron a 43.9% muertes, dentro de los factores de riesgo cardiovascular modificables se encuentran las dislipidemias.

## E de riesgo

- Los más asociados al desarrollo de dislipidemia secundaria son: Sedentarismo, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, hiperuricemia, hiperhomocitemia, síndrome metabólico, insuficiencia renal crónica, hipotiroidismo, síndrome nefrótico, Rizoos quística, celiakia, trastornos visión aguda de la médula espinal y trastornos inflamatorio/inmunitarios.

Prevalencia aumentada de un 13.9% a un 28% en personas de 50 a 79 años.

## Clinica

- Generalmente es asintomática y se diagnostica de forma accidental sin embargo, puede debutar como:
  - Atrofia corneal
  - Hipertriglicéridemia con bruxismo recurrentes de páncrreatitis.
  - Anillo corneal (inicia generalmente antes de 45 años).
  - Xantomas palmares o cutáneos (sobee tendones extensores).
  - Xantelasmas que sugieren hipercolesterolemia familiar.

Los xantelasmas son pequeñas acumulaciónes de grasas que se forman en la piel del párpado superior o del párpado inferior.



Xantelasmas.



Anillo corneal.

✓

✓

Empiezan la población (Colesterol) para estimar el riesgo cardiovascular en rangos de 10 años sin evidencia de enfermedad cardiovascular. DM, EDC, hipercolesterolemia familiar o c-LDL > 190 mg/dl.

Se sugiere en pacientes con antecedente de enfermedad cardiovascular, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, hipercolesterolemia familiar o c-LDL > 190 mg/dl.

Enfermedades Cardiovasculares  
#1 muerte.

Dislipidemias → ↑ Lipidos Triglicéridos < 150 mg/dl  
Colesterol < 200 mg/dl  
LDL ↓  
HDL ↑  
Carión

**Tratamiento**

**TX**

Anorexia nerviosa  
Nervioso Central  
Conocida en sistema

Fermentina → px perdieron 0.6 a 6.0 kg de peso adicionales en un mes

Lofasecina → Produce caec

Naloxona SR/bupropion SR

Liraglutida

Orlistat → 120 mg 3 veces al día

Centra Inerción → scando Cognado

Gallegos 100 → px con BMZ 25 kg/m²

Alomestane

E Zelnite → 10 mg 1 día

Efecto pleiotropo → Actúa o hormonal también

OT > 200 mg/dl

TG < 200 mg/dl

LDL > 130 mg/dl

Flemingham

NISK

Ureter

Iscales Para

Dieta

Bye Gases

Sraciones

Tratamiento

# 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 enfermedad cardiovascular y diabetes mellitus. La **obesidad** es el factor de riesgo más importante.



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 asociado a resistencia de insulina con una prevalencia entre 40 y 50%.

## 1. Diagnóstico

Se deben cumplir más de 3 criterios de ATP III.

### 1. Triglicéridos

>150 mg/dl o en tratamiento para TG elevados.

### 2. Colesterol HDL

- < 40 mg/dl en hombres
- < 50 mg en mujeres.

### 3. Glucosa plasmática

Glucosa plasmática > 100 mg/dl o en tratamiento hipoglucemiante.

### 4. Presión arterial

> 130/85 mmHg o en tratamiento farmacológico.

### 5. Obesidad abdominal

- > 102 cm en hombres.
- > 88 cm en mujeres.

## Tratamiento

- Mejor intervención: Disminuir peso 5 - 7% con ejercicio 150 min por semana por 3 meses.
- Iniciar metformina (425mg): IMC > 34 kg/m<sup>2</sup> o pasando 3 meses de ejercicio no mejora su glucosa.
- Orlistat: Inhibe absorción intestinal de grasa (por inhibición de lipasa pancreática) y disminuye 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 comorbilidades.
- Los antihipertensivos de primera elección son los IECA.
- Los fibratos son de elección para reducir niveles de TG en ayunas.
- Las estatinas reducen hasta un 30% los niveles de triglicéridos.



A los individuos con riesgo de desarrollar DM2 deben de adherirse a un plan dietético y de actividad física personalizado cuyo objetivo sea la disminución de la ingesta calórica total en 500-600 calorías por día, tomando como base el peso inicial, además de una rutina de ejercicio aeróbico de moderada intensidad con el objetivo de disminuir un 5%-7% del peso corporal durante los 3 meses posteriores.

Se deben de vigilar los niveles de glucosa sanguínea como método de tamizaje en pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, hígado graso no alcohólico, depresión e 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.

Normales Metabólicas y Funciones asociadas con la insulinoresistencia y la hipercinsulinemia

- Intolerancia a la glucosa
- Metabolismo de ácido úrico anormal
- Dislipidemia
- Hemodinámica → ↑ Act del sistema renina simpática
- Hemostasia (fibrinólisis) → ↑ Retención de sodio
- Sistema reproductor → ↑ presión Arterial
- Disfunción endotelial

**Manifestaciones clínicas**

- Penetro abdominal aumentado
- Presión Sangre elevada

Resistencia a la insulina

- Acro Cordone)
- Insulinismo
- Alopecia
- Acantosis nigricans
- Alt-enzelido meshal.

**Tratamiento**

- CTEV
- ↓ Deficit calórico
- Tx con terapia conductual.

**Sx Metabólico < AH metabólicas**

- 1) Obesidad IMC → > 30
- 2) Dislipidemia → ↑ triglicéridos ↓ HDL
- 3) Enf. Cardiovascular
- 4) Diabetes.

- Rx Riesgo**
- Hipertensión
  - Lúbricos
  - Asbtkaos
- Eddl mayor de 45 años

- Ingesta de grasas  
- sedentarismo

Cardio ↓  
Aumentc lipolisis de TGL

Oxidante de AG Libres → Niveles de AG Libres ↓

Utilización de glucosa ↓  
Glucoangénesis ↓  
HGN A ↓  
↑ colesterol LDL  
↓ colesterol HDL

↓  
Hiperglicemia y Hipercinsulinemia  
↓  
Perda de lípidos  
↓  
Atrógenico.  
Hiperglicemia e Hipopotasolemia

# Síndrome nefrótico

# Síndrome nefrítico

Síndrome caracterizado por una proteinuria elevada (> 35 g/173 m<sup>2</sup>/24 horas), edema periférico y anomalías metabólicas (hipoalbuminemia e hipercolesterolemia). Generalmente predomina en niños de 2 a 6 años.

## Etiología

- **Primario** (esporádico): Glomerulonefritis de cambios mínimos, membranas focal y segmentaria
- **Secundario** (secundaria a otra patología): Nefropatía diabética, amiloidosis e infecciones.

## Etiología

- En niños: El 93% son por cambios mínimos y en segundo lugar membranas proliferativas
- En Adultos: Lo más frecuente es la glomerulonefritis membranosa 30-40% y focal segmentaria 15-25%
- Primera causa de síndrome nefrítico secundario es nefropatía diabética
- Mortalidad en niños es de 3%, secundario a procesos infecciosos y tromboembólicos

## E

En los niños el Síndrome Nefrítico Primario y más específicamente el de cambios mínimos es el que se presenta con mayor frecuencia.

## Diagnóstico

- **Proteinuria**:
  - Proteinuria > 35 g/173 m<sup>2</sup>/24 horas.
  - Proteínas en orina > 40 mg/ml/hora (Niños)
  - tira reactiva con > +++ cruces.
- **Hipoalbuminemia** (albuminemia sérica < 25 g/dl)
- **Hipercolesterolemia** (pérdida de antitrombina III)
- **Dislipidemias** (colesterol > 200 mg/dl)

## U

Típicamente con edema generalizado (anasarca), disnea de esfuerzo, plenitud abdominal secundaria a ascitis y ganancia ponderal significativa.

## E

La base del tratamiento del edema es:

- **Diuréticos**
- **Restricción moderada de sodio en la dieta** (1.5-2 g [60-80 mEq] de sodio en 24 horas)

## R

Debido a que la mayoría de los niños con Síndrome nefrítico presentan la variedad de cambios mínimos y esta generalmente responde muy bien a la terapia con corticosteroides. No se recomienda tomar biopsia renal de rutina en el primer evento.

## Tratamiento

- **Diuréticos** (furozidas o espirolonactal) y si el edema es grave dar furosemida
- **IECA**: Para reducción de la proteinuria, incluso en pacientes normotensos
- **Terapia antitrombótica**: Si persiste la proteinuria nefrítica o hipoalbuminemia
- **Tratamiento específico**: Generalmente es corticoides para cambios mínimos.

No farmacológico: Dieta baja en grasas, restricción hídrica y vigilancia de desarrollo de TVP

## Etiología

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

## Glomerulonefritis postestreptocócica

- Antecedente de infección por EBSCA (impetigo o faringoamigdalitis) hace 2 - 3 semanas.
- La causa más común de síndrome nefrítico
- Se presenta en niños de 2 - 12 años.
- Hipocomplementemia (C3 y C4)
- Antiestreptolisinas O elevadas
- Tiene un excelente pronóstico en niños.

## Glomerulonefritis por IgA (enf. de Berger)

- Antecedente de infección respiratoria (< 5 días) o infección reciente. Se asocia a HLA-B23
- Causa más frecuente de síndrome nefrítico en adultos. Se presenta de 20 - 30 años.
- **Hematuria sintomática** recurrente
- Sistema de complemento normal
- Variable el 25% de pacientes desarrollan EPC

## Otras causas:

LES, Schönlein-Henoch, Membrano proliferativa, síndrome hemolítico urémico y Púrpura trombocitopénica trombótica

## R

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

## Diagnóstico

- **Diagnóstico de síndrome nefrítico**:
  - Proteinuria no nefrítica (> 35 g/dl) (++/+++)
  - Caida de filtración glomerular, edema y hematuria
  - Hipertensión arterial (> 90 / 50 mmHg)
- Diagnóstico confirmatorio de postestreptocócica con serología (antiestreptolisinas) o cultivo.
- **Estándar de oro**: Biopsia renal en casos específicos.

## R

El diagnóstico de glomerulonefritis a postestreptocócica, es fuertemente sugerido los hallazgos clínicos, especialmente cuando la historia de infección reciente por Streptococcus lo que solo se reciben algunas pruebas diagnósticas para la confirmación.

## 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 lasidosis o de asa para el control de sobrecarga hídrica e hipertensión.
- Inicial con **penicilina** en postestreptocócica cuando hayan recibido antibiótico previo o si tiene cultivo positivo.



## Sx Nefritico.

Conjunto de signos y síntomas generalizados por la inflamación glomerular con colapso de la luz capilar.

- Proteinuria  $\leq 3.5 \text{ g/24h}$ .
- Oliguria  $< 500 \text{ ml/d}$  de líquido de fusión renal.
- Hematuria microscópica / macroscópica
- HTA
- Edema leu
- **Causas + Precipitantes**
- Glomerulonefritis postinfecciosa  $\rightarrow$  Escherichia B hemolitico grupo A
- Glomerulonefritis por IgA  $\rightarrow$  Enfermedad de Hallergren de laboratorio
- LES
- Sx uremico hemolítico
- **Manifestaciones clínicas**
- Edema
- Hipertensión
- HTA
- Oliguria

Px con acantocitos y cilindros hemáticos

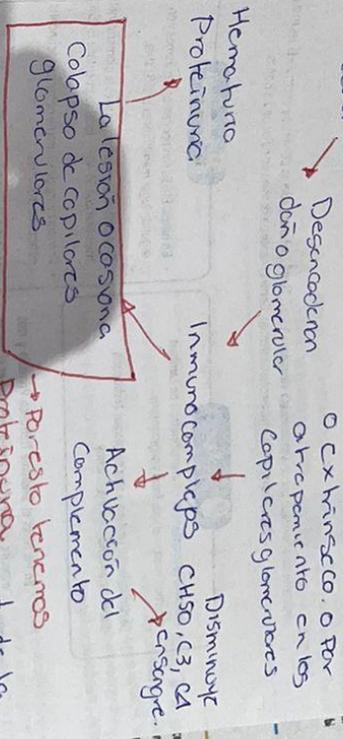
P.E

Estudios para valorar la función renal.

- Albumina
- TxC
- IECA

## Fisiopatología

Mecanismo de inflamación mediada



Disminución de la excreción de  $\text{Na}^+$

Edema

HTA

Sobrecarga de volumen

Expansión del espacio extracelular

Disminución de reabsorción y excreción de agua

### Dx etiológico

- Sospecha postinfecciosa
- Anticuerpo vs strep
- Determinación de CH50, C3 y C4
- En los entornos de sistemas SC
- Infección bacteriana sistémica
- Anticuerpos anti-DNA
- ANCA
- ANCA +
- Anticuerpos anti-MBL +

# Síndrome nefrótico

## Glomerulonefritis primarias

**Clomerulonefritis por cambios mínimos**

- Se ha asociado enfermedad de Hodgkin y no Hodgkin
- Se relaciona con uso de ANES
- Sin anomalías histológicas al microscopio en el glomerulo, con tubulos presentan vacuolas de lípidos (nefrosis lipoidal)
- Prednisona via oral 60 mg/día

**E** El 93% de los casos corresponden a la variedad histológica de cambios mínimos y responden bien a la terapia con corticosteroides

**E** El pronóstico a largo plazo para la mayoría mita con Síndrome Nefrótico sensible a esteroide es mala la resolución completa a largo plazo con función renal normal

# Síndrome nefrótico

## Glomerulonefritis primarias

**Clomerulonefritis Membrano proliferativa**

- Mesangio capilar (existen 3 tipos)
- La tipo 1 es la más frecuente y se asocia a hepatitis B, SÍLIS, leucemias y lupus
- Asociación con crio globulinemia
- Tipo 1, C3, C4 y en la tipo 2, C3
- Microscopia: Expansión mesangial y doble contorno de la membrana basal (imagen en "riel de tren")

**E** No hay tratamiento específico tienen un pronóstico pobre (50-60% progresa a EPC)

**E** La variedad de lesión histológica que se p en respuesta ligera es la membrana perfil de los casos que tienen esta variedad del 25 y 50% de los casos responden bi terapia con corticosteroides

## Glomerulonefritis secundarias

**Glomerulonefritis membranosa**

- En la forma primaria es idiopática (anticuerpo PLA2R). La secundaria: infecciones, captopril, neoplasias, hepatitis B y lupus
- Causa más común de síndrome nefrótico en adultos
- Histológicamente hay engrosamiento de la membrana basal (espigas)
- Creatinina <15 mg/dl Esperante
- Creatinina >15 mg/dl Ciclofosfamida + esteroides
- Para que una biopsia renal sea útil debe contener mínimo veinte glomerulos
- Complicación: Trombosis de la vena renal

**Nefropatía diabética**

- Primera causa de enfermedad renal terminal (59%)
- Se presenta microalbuminuria, 5-10 años de su inicio
- Ecleriosis nodular glomerular (depósitos hialinos)
- IECA's + control de HbA1c <7 y presión arterial <130/80 mmHg

**R** El control estricto de la glicemia indispensable para evitar la progresión de renal en los sujetos diabéticos. Por en recomendable el control glicémico estricto con hemoglobina glicosilada H<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>) 5

**R** Se recomienda controlar la glicemia en sangre de esta forma se puede evitar el desarrollo de esta enfermedad. La progresión de nefropatía a proteinuria y la pérdida de la tasa de filtración glomerular en pacientes con Diabetes

**Glomerulonefritis Focal y Segmentaria**

- Se asocia VIH, abuso de heroína, hepatitis C, DMV y nefropatías por reflujo u obstructiva
- Representa el 25% de síndrome nefrótico en adultos
- Histológicamente Depósito de material hialino en un segmento del glomerulo y fusión pedicelar
- Generalmente es resistente a esteroides y es de mal pronóstico
- Los niños con Síndrome Nefrótico Resistente a Corticosteroides y específicamente la glomerulonefritis focal segmentaria, tienen el 50% de riesgo para presentar enfermedad renal en fase terminal durante los cinco años posteriores al diagnóstico
- 50% de riesgo de desarrollar EPC

**Neftitis lúpica**

- El 60-80% de pacientes con lupus desarrollan daño renal
- El 30% presentaría daño renal al momento del diagnóstico
- Se correlaciona con anti-dsDNA
- Hay Hipocomplementemia
- Depende de la clase (IVI) es el daño histopatológico

**E** La nefritis lúpica y sus complicaciones constituyen la principal causa de morbimortalidad en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES)

**R** La realización de biopsia renal permite una mejor evaluación del estado de la nefritis y determinar la clase de nefritis lo que determina el índice de gravedad y así

# Comentario Final

Entre las patologías cutáneas más comunes se encuentran las **enfermedades micóticas** y las diversas formas de **dermatitis**, que afectan a millones de personas a nivel mundial. Estas condiciones no solo comprometen la salud física, sino que también pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes, tanto en el aspecto estético como en el bienestar emocional. Tanto las enfermedades micóticas como las dermatitis representan una parte importante de las patologías dermatológicas que requieren diagnóstico temprano, tratamiento adecuado y, sobre todo, educación sobre prevención. Las infecciones micóticas son particularmente prevalentes en entornos cálidos y húmedos, mientras que las dermatitis, al ser a menudo crónicas y recurrentes, pueden requerir una gestión a largo plazo. Por lo tanto, es fundamental que tanto los pacientes como los profesionales de la salud comprendan la naturaleza de estas enfermedades para proporcionar una atención efectiva y mejorar la calidad de vida de quienes las padecen.

Las enfermedades respiratorias, en especial las crónicas como la **EPOC** (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica), el **asma**, la **sarcoidosis** y las **bronquiectasias**, constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel global. Estas afecciones afectan la función respiratoria, limitando la capacidad del sistema respiratorio para mantener una adecuada oxigenación del organismo, lo que puede tener consecuencias graves para la calidad de vida y la longevidad de los pacientes. Estas enfermedades respiratorias tienen un impacto significativo en la salud de quienes las padecen, y aunque en muchos casos pueden ser controladas o gestionadas eficazmente, requieren un diagnóstico temprano, seguimiento constante y un enfoque multidisciplinario para minimizar sus efectos. La prevención, especialmente en el caso de la EPOC y el asma, juega un papel crucial, y las políticas de salud pública que promuevan un estilo de vida saludable y la reducción de la exposición a factores de riesgo, como el tabaquismo y la contaminación, son esenciales para reducir la carga global de estas enfermedades.

Estas patologías afectan el sistema respiratorio, en muchos casos, también impactan otros sistemas corporales, como el cardiovascular. Dentro de este grupo de enfermedades, la hipertensión pulmonar, las afecciones por inhalación de polvos, la apnea del sueño y la enfermedad tromboembólica venosa representan condiciones de alta prevalencia y severidad, cada una con mecanismos patogénicos y manifestaciones clínicas distintas, pero con un denominador común: la afectación del intercambio gaseoso y la eficiencia de la función cardio-respiratoria.

# Conclusión

Las enfermedades crónicas degenerativas, como la **diabetes mellitus**, la **hipertensión arterial**, las **dislipidemias**, y los **síndromes nefríticos y nefróticos**, representan una creciente preocupación para la salud pública mundial debido a su prevalencia y a los efectos negativos que tienen sobre la calidad de vida de los pacientes. Estas patologías, en su mayoría, están asociadas con factores de riesgo modificables como el estilo de vida sedentario, la mala alimentación, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol. A medida que la población mundial envejece y se enfrenta a un aumento de estos factores de riesgo, la carga de las enfermedades crónicas degenerativas se incrementa, generando altos costos tanto para los sistemas de salud como para las familias. La **diabetes mellitus** afecta el metabolismo de la glucosa, lo que puede dar lugar a complicaciones severas como enfermedades cardiovasculares, neuropatía, ceguera y insuficiencia renal. La **hipertensión arterial** contribuye a un mayor riesgo de infartos, accidentes cerebrovasculares y daño renal, y a menudo se asocia con el estilo de vida, la obesidad y el estrés. Las **dislipidemias**, caracterizadas por alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos, también son factores de riesgo clave para las enfermedades cardiovasculares y, si no se controlan, pueden desencadenar eventos cardíacos graves. Los **síndromes nefríticos y nefróticos**, por su parte, comprometen la función renal, llevando a insuficiencia renal crónica si no se detectan y tratan a tiempo. El manejo de estas enfermedades crónicas requiere un enfoque integral que combine la prevención, el diagnóstico temprano, el tratamiento farmacológico y cambios en el estilo de vida. El control adecuado de los factores de riesgo, como una alimentación balanceada, la actividad física regular, el control del estrés y el abandono del tabaco, es fundamental para prevenir su aparición o para ralentizar su progresión en aquellos que ya padecen alguna de estas condiciones. En resumen, las enfermedades crónicas degenerativas son una amenaza significativa para la salud, pero mediante la educación, el seguimiento médico adecuado y la adopción de hábitos saludables, es posible reducir su impacto y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas. La prevención y el tratamiento oportuno deben ser prioridades tanto en los sistemas de salud como en la conciencia pública para mitigar las consecuencias de estas enfermedades a largo plazo.

# Bibliografía

- Grupo Editorial CTO. Manual CTO De Medicina y Cirugía 10ª edición
- Flash cards DR. Edwin Madera
- Guia de practica clínica de hipertensión , diabetes y dislipidemias.