



Alumna: Yajaira Gpe. Méndez Guzman

Tema: Flash Cards

Parcial: CUARTO parcial

Materia: clínicas medicas complementarias

Catedrático: Dra Adriana Avendaño Bermudez

Licenciatura en medicina humana 7mo semestre

Grupo:C

Comitán de Domínguez

INTRODUCCION

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que incluyen la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, las dislipidemias y los síndromes nefrótico y nefrítico, representan una de las principales preocupaciones para la salud pública mundial en la actualidad. Estas enfermedades no solo tienen una prevalencia alarmante, sino que también comparten una fisiopatología interconectada, lo que incrementa significativamente el riesgo de complicaciones graves en el organismo. Entre las consecuencias más comunes se encuentran la insuficiencia renal, las enfermedades cardiovasculares y diversas alteraciones sistémicas que afectan la calidad de vida de millones de personas en todo el mundo. A pesar de que estas patologías son diferentes en cuanto a sus mecanismos de desarrollo, todas comparten factores de riesgo similares, como la genética, el estilo de vida poco saludable, la obesidad, el sedentarismo y una dieta deficiente.

La hipertensión arterial, es una de las principales causas de morbilidad cardiovascular a nivel global. Esta condición, que se caracteriza por la elevación crónica de la presión arterial, puede provocar daños irreversibles en los vasos sanguíneos y en órganos vitales como el corazón y los riñones, sin mostrar síntomas evidentes en sus etapas iniciales. Por otro lado, la diabetes mellitus, que se caracteriza por un trastorno en el metabolismo de la glucosa, ha alcanzado proporciones pandémicas, afectando tanto a países desarrollados como a aquellos en vías de desarrollo. Esta enfermedad no solo tiene un impacto directo sobre la salud, sino que también contribuye al desarrollo de otras complicaciones, como insuficiencia renal y enfermedades cardiovasculares.

El síndrome metabólico, por su parte, es un conjunto de factores de riesgo interrelacionados, que incluye la obesidad abdominal, la resistencia a la insulina, la hipertensión y las dislipidemias. Este síndrome constituye un importante predictor de enfermedades cardiovasculares y diabetes, y se ha convertido en una de las principales preocupaciones de salud pública debido a su alta prevalencia. Las dislipidemias, caracterizadas por alteraciones en los niveles de lípidos en sangre, son otro factor determinante en la aparición de aterosclerosis, una condición que favorece la formación de placas de grasa en las arterias, aumentando el riesgo de infartos y accidentes cerebrovasculares.

Finalmente, los síndromes nefrótico y nefrítico, aunque menos comunes que las otras enfermedades mencionadas, representan alteraciones severas en la función renal, que pueden llevar a una insuficiencia renal crónica si no se manejan adecuadamente. Estas condiciones reflejan un daño significativo a nivel renal, lo que resalta la importancia de la detección temprana y el tratamiento oportuno.

CONTENIDO

- 1) Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)
- 2) Síndrome metabólico
- 3) Dislipidemias
- 4) Diabetes Mellitus
- 5) Síndrome Nefrítico
- 6) Síndrome Nefrótico
- 7) Conclusión
- 8) Comentario final

Hipertensión Arterial Sistémica

Es un síndrome de etiología múltiple persistente caracterizado por elevación de **presión arterial > 140 / 90 mmHg** después de un examen repetido en el consultorio. Es producto del incremento de resistencia vascular periférica y daño vascular sistémico.

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 39.1%**.
- 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 éstos la mitad tiene cifras de control** (<140/90 mmHg).

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

- **Primaria** (esencial o idiopática) representa el 95%.
- **Secundaria**: #1. Enfermedad renal crónica.



En adultos con > 65 años de edad y con HAS secundaria, principales causas son:

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

F. 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 uno 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.



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,



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 – REGICOR, la calculadora de riesgo JBS, 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,

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



✓ 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.

Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)

Es un síndrome de etiología múltiple
Caracterizado por la elevación de presión
Arterial $> 140/90$ mmHg después de un
examen repetido en el consultorio.

F. Riesgo

- > 40 años
- > Obesidad
- > Tabaquismo
- > DM
- > Dislipidemias
- > Sedentarismo
- > Raza
- > H. familiar

F. Riesgo Cardiovascular.

- > 40 años
- Tabaquismo
- obesidad
- HAS
- DM
- Enf. cardiovascular.

Etiología

Factor genético y ambientales.

- > Etiología desconocida
 - Primaria (Esencial o idiopática)
 - Secundaria (Enf. Renal crónica)

- Escala de Framingham
- PROCAM
- REGICOR
- SCORE
- QRISK

Epidemiología

- Es el factor de riesgo modificable más común
por enfermedad cardiovascular y muerte.
- La prevalencia de HAS fue de 32-37% en América
latina entre ellos la prevalencia en México fue 39.1%
- La prevalencia de HAS aumenta con la edad y alcanza
hasta un 60% pasando los 60 años y un 75% pasando
los 75 años
- 25.5 millones de personas en México tienen HAS y solo
un 60% saben que la padecen.

Tamizaje

- Realizar tamizaje en adultos > 18 años.
- 18-39 años con P/A normal y sin FR realizar
detección cada 3 o 5 años.
- > 40 años con FR deben someterse a pruebas
de detección anual

Diagnóstico

- MAPA monitoreo por 24hrs
- AMPA y MDPA
- Pacientes hipertensión de bata blanca se
recomienda AMPA y MDPA confirmatorio.

Tratamiento No Farmacológico

- Se recomienda dieta DASH, nordestina y mediterránea
- Suplementación con potasio excepto Cpx ERGE)
- Consumo de carnes blancas.
- Eutar ingesta de Na^+ a 2000mg por día
- Disminuir ingesta de Alcohol a 30ml día
- Eutar el tabaco
- Control de peso
- Realizar ejercicio por 30 min al día.

Tratamiento Farmacológico

Inicial ①

IECAS ó BRA + BCC
IECAS ó BRA + Diuréticos

En tratamiento ②

Terapia triple
IECAS ó BRA + BCC + Diuréticos

En tratamiento ③

HAS Reciente
IECAS ó BRA + BCC + Diuréticos + Espironolona

Considerar Beta bloqueadores en cualquier paso cuando exista una indicación específica:
Insuficiencia cardíaca, fibrilación auricular etc.

Diabetes en el Adulto mayor

ACTUALIZACIÓN
2021

La **diabetes mellitus** (DM) es un trastorno metabólico heterogéneo caracterizado por **presencia de hiperglucemia** debido al deterioro de la secreción de insulina, la acción defectuosa de la insulina o ambas.

Clasificación

- **Diabetes tipo 1**: Debido a la destrucción autoinmunitaria de las células beta, que generalmente conduce a una deficiencia absoluta de insulina.
- **Diabetes tipo 2** (DM2): Debido a una pérdida progresiva de la secreción de insulina de células B con frecuencia en el contexto de la resistencia a la insulina.
- **Diabetes mellitus gestacional** (DMG): Diabetes diagnosticada en el segundo o tercer trimestre del embarazo.
- **Tipos específicos**: MODY, enfermedades del páncreas y medicamentos o sustancias químicas.



Factor de riesgo

- Tener un pariente de primer grado con DM2.
- Etnia afroamericana, **hispana**, asiática o isleña del pacífico.
- Condiciones asociadas a resistencia de insulina.
- Tabaquismo o sedentarismo.
- Padecer **sobrepeso**, especialmente obesidad abdominal.
- Padecer alguna enfermedad **cardiovascular (HAS)**.
- Uso crónico de glucocorticoides, tiazidas y antipsicóticos atípicos.

Los criterios para el diagnóstico de **prediabetes** se aplican igual para el adulto mayor. Si presentan prediabetes o factores de riesgo **realizar un tamizaje anual**.



Clínica

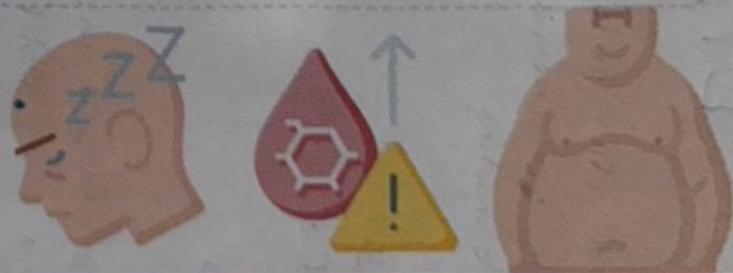
- **Asintomáticos en un 50 %**.
- Síntomas inespecíficos: fatiga, irritabilidad, anorexia, pérdida de peso.
- La presentación puede acompañarse de complicaciones crónicas como: EVC, IAM, angina, neuropatía o EAP.

Rc
Se recomienda realizar un tamizaje de diabetes y prediabetes a todas las personas adultas mayores asintomáticas y/o con factores de riesgo identificados para diabetes mediante unas pruebas validadas de tamizaje como la que desarrolló la Asociación Americana de Diabetes (ADA) o la escala **FINDRISC**.

R
Se recomienda realización de tamizaje **cada 3 años** a la persona mayor que durante la búsqueda intencionada de diabetes mellitus presente las siguientes características:

- Una Prueba de Riesgo de Diabetes de la ADA menor a 5 puntos
- Glucosa en ayuno menor de 100 mg/dl
- Una determinación de HbA1C con resultado menor de 5.0%

Por el envejecimiento el umbral renal de glucosa aumenta y estímulo de sed disminuye por lo que los síntomas como poliuria y polidipsia **podrían no estar presentes**.



PC-IMSS-657-21

 Dr. Edwin Mader.

Diabetes Mellitus

Tipos

Es un grupo de enf. metabólicas que comporten el genotipo de la hiperglucemia por defectos en la secreción y acción de la insulina

F. Ricoso

- obesidad
- HAS
- SAOP
- Antecedente familiar
- SOP
- Síx metabólicas.

Clinico clásica inicial y p

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Pérdida de peso

Diagnostico

Confirmación de diabetes

- ✓ Síntoma más uno prueba confirmatoria
- ✓ No síntoma + 2 pruebas altas
- ✓ Síntomas típicos + glucosa al azar > 200

Criterios para el Dx de Diabetes ADA

- Glucosa en ayuno plasmática > 126 mmHg.
- Glucosa plasmática a las 2 hrs ≥ 200 mg/dl. durante un prueba oral de tolerancia a la glucosa realizado con una carga de 75g.m de glucosa.
- Hemoglobina glucosilada $\geq 6.5\%$
- Glucosa al azar ≥ 200 mg/dl

Diabetes tipo 1

- Secundario a destrucción de células B pancreáticas y deficiencia absoluta de insulina.
- **Anticuerpos:** Anti-insulina, Anti-glutamato-dexcarbóxi-laxo GS, Anti-tiramina-fosfatasa.

Diabetes tipo 2

- Defecto progresivo en la secreción y resistencia a la insulina.
- Se relaciona con obesidad, herencia nativo americano, hispano, historia familiar.

Otros

- Diabetes mellitus Gestacional
- Tipos específicos MODY, enf. del páncreas y medicamentos o sustancias químicas.

Epidemiología

Prevalencia de la población es de 20-22% (90% es DM tipo 2 y 10% DM tipo 1)

Se relaciona con MODY cuando tiene < 25 años de con 2 generaciones afectadas.

MODY 3 es la más frecuente

Tratamiento No farmacológico

- Pérdida ponderal \downarrow peso $>7\%$ y realizar ejercicio 150 min por semana (5 veces por semana)

Regimen alimenticio

- Grasas saturadas $<10\%$ de la ingesta
- Colesterol $<300\text{mg/día}$
- Sodio $<2.3\text{gr/día}$ en hipertensos
- Proteínas $<20\%$ ingesta calórica.

Complicaciones

- Neuropatía Diabética
- Retinopatía Diabética
- Neuropatía Diabética

Tratamiento Farmacológico

- Se recomienda iniciar con metformina a dosis 425mg tx no farmacológico.
- Manejo antihipertensivo con ICBs (primera elección)
- Iniciar insulina

Medicamentos

- Biguanidas
- Sulfonilureas
- Tiazolidinedionas

Insulina

- A. ultrarápida (Glisina, Lis)
- A. Rápida (Insulinor)
- A. intermedia (NPH)
- Larga duración (Glargina, D

Dislipidemias

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



Etiología

Etiología multifactorial, sin embargo, el **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.

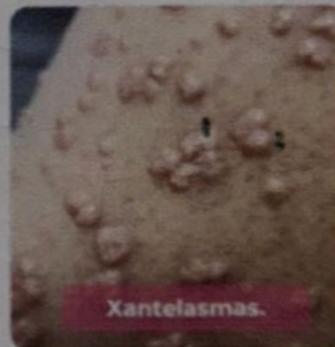


Clínica

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.

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



Xantelasmas.



Anillo corneal.



Emplear la puntuación (Cloborisk) para estimar el riesgo cardiovascular en mayores de 19 años sin evidencia de enfermedad cardiovascular, DM, ERC, hipercolesterolemia familiar o cLDL > 190 mg/dl.



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.



Son un conjunto de enfermedades secundarias o concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, C-HDL, y C-LDL en sangre que participan como factores de riesgo en la enf. cardiovascular.

Epidemiología

- Dislipidemia más frecuente en México HDL bajo e hipertriglicidemia
- La prevalencia de hipercolesterolemia es de 43.6% en \uparrow 20 años.

Clinica

- Xantomas
- Arco corneal
- Aterosclerosis
- EVC
- Gasa abdominal

Tratamiento no farmacológico

- 150 min de ejercicio moderado
- mejorar la alimentación
- Evitar tabaquismo

Valores Normales

- Colesterol < 200 mg/dl
- Triglicéridos < 150 mg/dl
- LDL 40-60 mg/dl
- HDL > 40 mg/dl

Etiología

- Primaria: Defecto enzimático o receptores.
- Secundaria: Asociado a otra enfermedad.

Tratamiento farmacológico

- Estatina inhiben HMG-CoA
- Fibratos en TG > 204 mg/dl y HDL < 35 mg/dl
- Ezetimiba Bloquea receptor de Niemann

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.

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



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/m² 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/m² O >35 IMC kg/m² con comorbilidades.
- El antihipertensivos primera elección son los IECAs.
- Los fibratos son de elección para reducir niveles de TG en ayunas.
- Las estatinas reducen hasta un 30% los niveles de tricléridos.

R

A los individuos con riesgo de desarrollar DM2 deben 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 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.

Sx Metabólico

El Sx metabólico consiste en un conjunto de alteraciones metabólicas que conllevan un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y DM. La obesidad es el factor más importante.

El SOP está muy asociado a resistencia de insulina con una prevalencia entre 40 y 50%.

Tratamiento

Mejorar intervención ↓ peso 5-7%

Iniciar metformina (425mg): IMC > 34 Kg/m²

Orlistat:

Cx bariátrica

Antihipertensivo primera elección IECAS

Diagnóstico

Se debe cumplir más de 3 criterios de ATP III.

Triglicéridos > 150 mg/dl

Colesterol < 40 mg/dl en Hombres

< 50 mg/dl en Mujeres

Glucosa plasmática > 100 mg/dl

Presión Arterial > 130/85 mmHg

Obesidad abdominal > 102 cm H

> 88 cm M

Síndrome nefrítico

Etiología

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

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

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 (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 ejercicio intenso. Se asocia a HLA-BW35.



- 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, Membrano proliferativa, síndrome hemolítico urémico y Púrpura trombótica.

R

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

R

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 postestreptocócica con serología (Antiestreptolisinas) o cultivo.
- **Estándar de oro:** Biopsia renal en casos específicos.

Tratamiento

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

Síndrome Nefrítico

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

Glomerulonefritis Postestreptocócica

- Antecedente de infección por EBHGA (injetivo) o *Group A streptococcus* hace 2-3 semanas.
- La causa más común de síndrome nefrítico se presenta en niños de 2 años - 12 años.
- H. p. complementemia (C3 y C4)
- Antiestreptolisinas o elevadas.

Otros casos

- LES, Schönlein-Henoch, membrana proliferativa ex hemolítico urémico y púrpura trombocitopénica

Tratamiento

Primordial tratar etiología.

- IECAS para tratar la proteinuria
- Retención de agua y Na^+
- Diuréticos Tiacídicos
- Iniciar Penicilina

Etiología

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

Glomerulonefritis por IGA (Cen. de Berger)

- Antecedente de infección respiratoria (<5 días) o ejercicio intenso, se asocia a H2A-B2855
- Causa más frecuente
- Adultos 20-30 años
- Hematuria asintomática recurrente
- Sistema del complemento normal

Diagnóstico

- Proteinuria no nefrótica (<3.5g/dl)
- Caída de filtración glomerular: hematuria, edema
- Hipertensión Arterial • Biopsia Renal

Síndrome nefrótico

Síndrome caracterizado por una **proteinuria elevada** ($> 3.5 \text{ g} / 1.73 \text{ m}^2 / 24 \text{ horas}$), edema periférico y anormalidades metabólicas (hipoalbuminemia e hipercolesterolemia). Generalmente predomina en niños de 2 a 6 años.



Etiología

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

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

Entre el 85 y 90% de los casos de Síndrome nefrótico primario se presentan entre los 2 y 10 años de edad.



Clinica

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



Epidemiología

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



Diagnóstico

- **Proteinuria:**
 - Proteinuria $> 3.5 \text{ g} / 1.73 \text{ m}^2 / 24 \text{ horas}$.
 - Proteínas en orina $> 40 \text{ mg} / \text{m}^2 / \text{hora}$ (Niños).
 - Tira reactiva con $> +++$ cruces.
- **Hipoalbuminemia** (albumina sérica $< 2.5 \text{ g} / \text{dl}$).
- Hipercoagulabilidad (predica de antitrombina-III).
- Dislipidemias (colesterol $> 200 \text{ mg} / \text{dl}$).

La base del tratamiento del edema es:

- Diuréticos.
- Restricción moderada de sodio en la dieta ($1.5\text{-}2 \text{ g}$ [$60\text{-}80 \text{ mmol}$] de sodio en 24 horas).

R

Debido a que la mayoría de los niños con Síndrome nefrótico 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** (Tiazidas o espironolactona) y si es edema es grave dar furosemide.
- **IECA** Para reducción de la proteinuria, incluso en pacientes normotensos.
- **Terapia anticoagulante:** Si persiste la proteinuria nefrótica o hipoalbuminemia.
- **Tratamiento específico:** Generalmente es corticoides para cambios mínimos.

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



Síndrome

Nefrótico

Se caracteriza por una proteinuria elevada ($>3.5g / 1.73m^2 / 24hrs$), Edema periférico y anomalías metabólicas (hipoalbuminemia e hipercolesterolemia).

Clinica

- Edema generalizado (anasarca)
- Disnea de esfuerzo
- Plinitud abdominal secundaria a ascitis
- Ganancia ponderal significativa
- Proteinuria
- Hiperlipidemia

Diagnostico

Proteinuria

- Proteinuria $>3.5g / 1.73m^2 / 24hrs$.
- Proteínas en orina $>40mg / m^2 / hrs$ (niños)
- Tiro reactivo con $\geq 3+$ cruces

Hipoalbuminemia (albumina sérica $<2.5g / dl$)

- Hipercoagulabilidad ↓ antitrombina III
- Dislipidemia Colesterol $>200mg / dl$.

Tratamiento

- Diuréticos
- IECA
- Terapia anticolesterol
- Tx específico: corticoides

Etiología

- Primario Espontáneo
 - Glomerulonefritis de cambios mínimos
 - membranosa
 - focal
 - Segmentaria
- Secundaria (a otro patología)
 - Nefropatía DM
 - Amiloidosis
 - Infecciones

Epidemiología

- Niños: 2-6 años 93% cambios mínimos y membranosa proliferativa en 2º lugar
- Adultos: Lo más frecuente es la glomerulonefritis membranosa 30-40% y focal segmentaria 15-25%
- 1ª causa de SN nefrótico secundaria es nefropatía Diabética
- Mortalidad en niños 3% secundaria a procesos infecciosos y tromboembólicos.

CONCLUSION

En conclusión, las enfermedades crónicas analizadas en este documento, como la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus, el síndrome metabólico, las dislipidemias y los síndromes nefrótico y nefrítico, representan un desafío multifacético para los sistemas de salud a nivel mundial.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus son dos de los factores más críticos en el desarrollo y progresión de enfermedades cardiovasculares y renales. La hipertensión, al ser a menudo asintomática en sus fases iniciales, requiere un diagnóstico temprano y un control continuo para prevenir complicaciones graves, como los accidentes cerebrovasculares, la insuficiencia cardíaca y el deterioro renal. De igual manera, la diabetes mellitus implica un manejo integral que no solo debe enfocarse en el control glicémico, sino también en la prevención de complicaciones micro y microvasculares, que son comunes en los pacientes diabéticos. Estos trastornos metabólicos también están vinculados a la aparición del síndrome metabólico, el cual agrupa una serie de factores de riesgo como la obesidad abdominal, la resistencia a la insulina y las alteraciones en los niveles de presión arterial y lípidos. La presencia del síndrome metabólico es un indicador de un alto riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y renales, lo que subraya la necesidad de intervenciones preventivas dirigidas a modificar los factores de riesgo asociados, como la obesidad y la dislipidemia.

Las dislipidemias, que se caracterizan por alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos, juegan un papel crucial en el desarrollo de la aterosclerosis y el daño cardiovascular. El control adecuado de los niveles lipídicos es esencial para reducir el riesgo de enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y otras complicaciones relacionadas con los vasos sanguíneos. A su vez, los síndromes nefróticos y nefríticos, que afectan directamente la función renal, requieren un enfoque temprano y continuo para evitar el deterioro progresivo de la función renal. Estos trastornos se caracterizan por alteraciones en la función renal y la pérdida de proteínas en la orina, lo que puede llevar a una insuficiencia renal crónica si no se gestionan de manera adecuada.

El abordaje integral de estas enfermedades crónicas debe incluir estrategias preventivas, diagnósticos tempranos y un manejo adecuado, basado en la evidencia científica. La prevención primaria, que promueva estilos de vida saludables, como la actividad física regular, una alimentación balanceada y la reducción del estrés, es fundamental para reducir la incidencia de estas patologías. Además, el tratamiento farmacológico debe ser individualizado para cada paciente, considerando sus condiciones comórbidas y los riesgos asociados, con el objetivo de prevenir las complicaciones a largo plazo.

En este sentido, la monitorización constante de los pacientes con enfermedades crónicas y la educación en salud son componentes clave para la prevención de complicaciones graves.

Un enfoque colaborativo entre los profesionales de la salud, los pacientes y sus familias es fundamental para garantizar el éxito del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los afectados.

En resumen, el manejo adecuado y oportuno de las enfermedades crónicas es esencial no solo para mejorar la calidad de vida de los pacientes, sino también para reducir la morbimortalidad asociada y disminuir la carga económica sobre los sistemas de salud. La prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento eficaz son los pilares fundamentales para enfrentar de manera exitosa estos desafíos de salud pública. Este trabajo busca fortalecer el conocimiento sobre estas enfermedades, proporcionando herramientas prácticas tanto para estudiantes como para profesionales de la salud, con el fin de promover estrategias diagnósticas y terapéuticas basadas en la evidencia, que contribuyan a la mejora de la salud global.

COMENTARIO FINAL

En conclusión, el análisis de las enfermedades crónicas mencionadas revela la complejidad de su manejo y la interrelación entre ellas, lo que genera un desafío significativo para los sistemas de salud. Estas patologías no solo afectan la calidad de vida de los pacientes, sino que también impactan de manera considerable en la economía de los sistemas de salud debido a las complicaciones que pueden generar a largo plazo, como las enfermedades cardiovasculares y renales.

Es evidente que la prevención y el diagnóstico temprano juegan un papel crucial en el manejo adecuado de estas condiciones. El control adecuado de factores de riesgo como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dislipidemias y el síndrome metabólico puede prevenir la aparición de complicaciones graves. Sin embargo, la efectividad de estas medidas depende de un enfoque integral y multidisciplinario que involucre no solo el tratamiento farmacológico, sino también la promoción de estilos de vida saludables y un seguimiento constante de la evolución del paciente.

El enfoque preventivo y la educación en salud son esenciales para reducir la incidencia de estas enfermedades crónicas. Además, la necesidad de una atención temprana y un tratamiento adecuado no solo mejora la calidad de vida de los pacientes, sino que también tiene un impacto positivo en la reducción de la morbimortalidad y en la sostenibilidad de los sistemas de salud.

En resumen, es fundamental que tanto los profesionales de la salud como las autoridades sanitarias trabajen juntos para fortalecer el conocimiento y las estrategias de prevención y manejo de estas enfermedades. La integración de enfoques preventivos, diagnósticos oportunos y tratamientos eficaces es la clave para afrontar de manera exitosa el desafío de las enfermedades crónicas y mejorar la salud global.