

28 FEBRERO: DÍA MUNDIAL DAS ENFERMIDADES RARAS

- Afectan a menos de 1 de cada 2000 persoas.
- Son crónicas, moitas veces graves ou progresivas.
- A maioría non teñen cura e requiren tratamento e seguimento especializado.

3. TABAQUISMO

PROCHASKA Y DI CLEMENTE

1. Precontemplación:

- Estadio en el que no se ve el problema, cuya presencia real constatan otros.
- La persona no tiene intención de cambio en los próximos 6 meses. En esa época cualquier referencia al «problema» suele despertar resistencia, y forzar al paciente en ese momento a entrar en un programa terapéutico acaba habitualmente en fracaso.

2. Contemplación:

- Se empieza a contemplar el problema y se atisba una solución; se pospone la acción para un futuro cercano, no más de 6 meses, aunque una fuerte ambivalencia frena la acción.
- En este estadio se encuentran muchos pacientes alcohólicos que acuden a tratamiento por circunstancias accesorias.

3. Preparación

- El sujeto está preparado para la acción, ha decidido emprender alguna medida resolutive de inmediato (en el primer mes).

4. Acción

- Cambio de conducta, normalmente acompañado por el terapeuta.
- El individuo trabaja duro en su recuperación y la recaída es fácil. Es la etapa del cambio, que dura unos 6 meses.

5. Mantenimiento:

- Estabilización del cambio, pasados los 6 primeros meses.
- Suele necesitar menos esfuerzos para evitar la recaída.
- Abarca un período de unos 5 años.

6. Terminación:

- Supone que el paciente puede mantener su cambio positivo de por vida.

7. Recaída:

- La reanudación puntual de consumos ocurre en la mayoría de las ocasiones; lo importante es reconducir el «resbalón» lo más rápido posible, antes de que conduzca a una recaída.



4. ALCOHOLISMO

TRASTORNO RELACIONADO CO CONSUMO DE ALCOL: A OMS defíneo como “calquera deterioro no funcionamento físico, mental ou social dun individuo, cuxa natureza permita inferir razoablemente que o alcol é unha parte do nexo causal que provoca dito trastorno”. Engloba, polo tanto, as alteracións que produce o consumo de alcol nos pacientes alcolicos e en consumidores non dependentes.

SINDROME DE DEPENDENCIA DO ALCOL: so inclúe os efectos en persoas dependentes (físicos e psíquicos).

BEBEDOR DE RISCO: é aquela persoa que semanalmente consume por riba dunha determinada cantidade de alcol (280 g nos homes e 168 g nas mulleres).

TEST MAST: DE LOS MÁS USADOS EN DIAGNÓSTICO CLÍNICO

5. DIABETES MELLITUS

5.1 CARACTERÍSTICAS XERAIS

- É unha enfermidade metabólica e crónica que caracterízase pola ausencia total ou relativa de insulina.
- A falta de insulina impide que a glucosa poida pasar do sangue ao interior das células (a insulina é a “chave” que permite o paso da glucosa ao interior da célula).

Tipos de diabetes *mellitus*:

- Diabetes *mellitus* de tipo 1 (DM1)
- Diabetes *mellitus* de tipo 2 (DM2).
- Diabetes *mellitus* xestacional.

5.2 DIABETES MELLITUS XESTACIONAL

Trastorno que se inicia por primeira vez durante o embarazo, xeralmente no segundo ou terceiro trimestre, cando as demandas metabólicas aumentan e a resistencia a insulina incrementa debido as hormonas placentarias.

Diagnóstico

- A todas as embarazadas na semana 24-28 de xestación.
- Ás embarazadas consideradas de risco xa se lle fai no 1º trimestre.

Proba de screening: “test de O’Sullivan”: consiste en inxerir 50 gr de azucre e facer unha determinación da glucemia antes do consumo do azucre e despois dunha hora.

Se o test de O’Sullivan sae alterado hay que facer a curva larga da glucosa.

Proba diagnóstica “Test de sobrecarga oral de glucosa”:

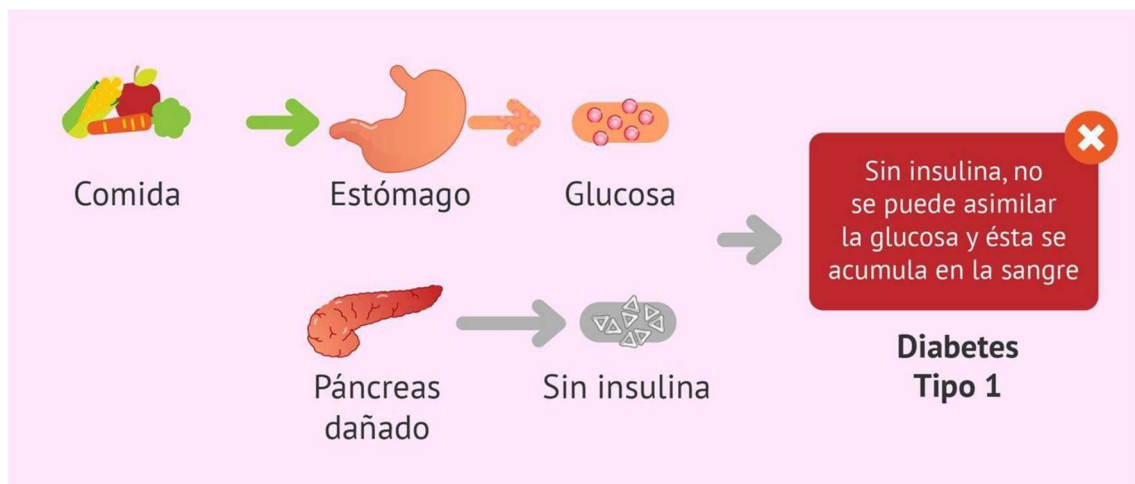
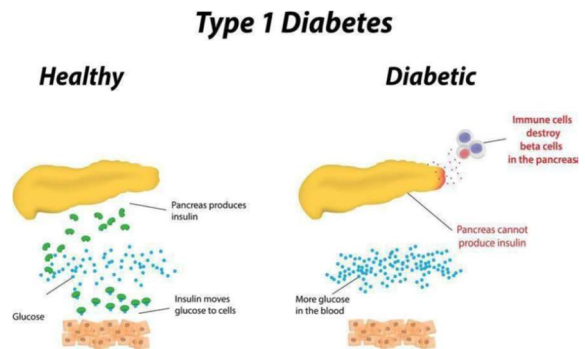
1. Extracción basal en ayunas
2. Inxesta de 100 g de glucosa
3. Extracción os 60, 120 e 180 minutos da inxesta.

Tratamento:

- Sempre dieta e exercicio físico.
- Antidiabéticos orais contraindicados.
- Insulina, se precisa.

5.3 DIABETES MELLITUS TIPO 1

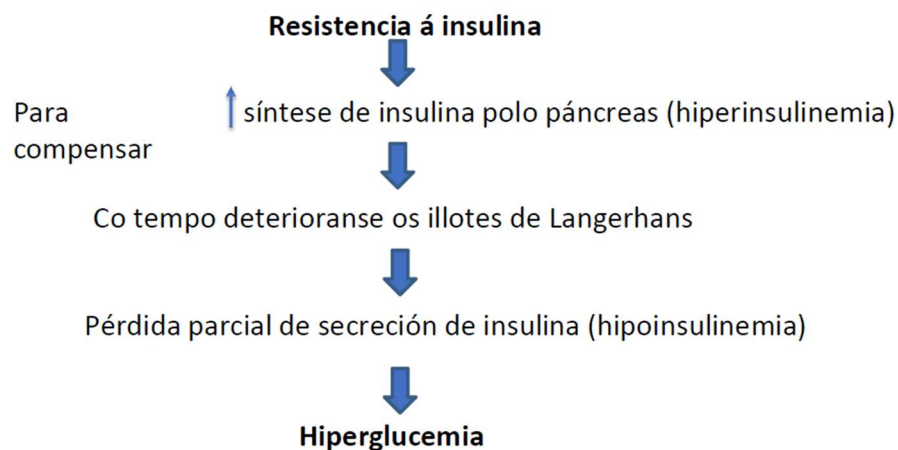
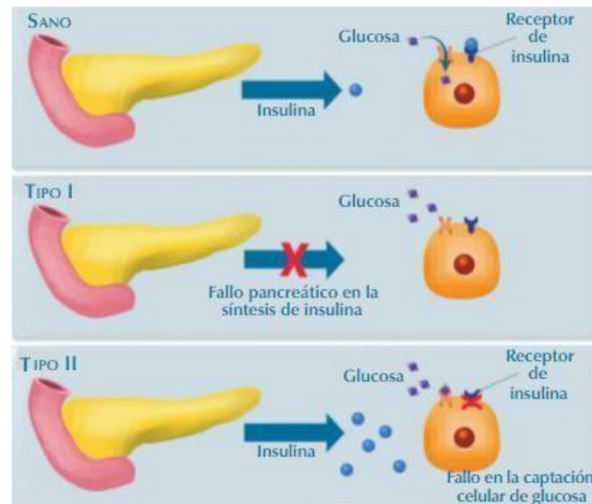
- Consiste na ausencia total da síntese de insulina
- Trátase dunha diabetes xuvenil-infantil. É a forma máis grave.
- Orixe autoimune: Autoanticorpos destrúen os islotes de Langerhans do páncreas, polo que non hai síntese de insulina, o que provoca que a glucosa non chega do sangue aos tecidos e acumúlase no sangue (hiperglucemia).



5.4 DIABETES MELLITUS TIPO 2

- Consiste nun fallo no transporte de glucosa aos tecidos periféricos, xa que os receptores insulínicos das células producen resistencia á insulina (RI) (a chave (insulina) non é capaz de abrir a porta (receptores das células), é coma se cambiasen a pechadura).
- Páncreas interpreta que se precisa máis insulina, e produce máis (hiperinsulinemia).

- Co tempo, o páncreas esgotase e produce menos insulina (hipoinsulinemia).
- Todo isto da lugar a unha situación de hiperglucemia.
- É propia da idade adulta.
- Orixe: multifactorial: factores xenéticos, obesidade, inactividade física e dieta rica en graxas.



5.5 MANIFESTACIÓNS CLÍNICAS

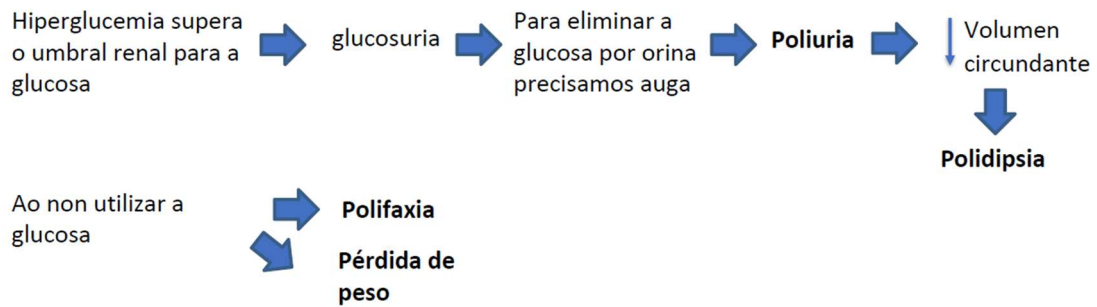
Diabetes mellitus tipo 1 (DM1).

- Comezo agudo: Poliuria, Polidipsia, Polifaxia e Pérdida de peso (4P).

Diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

- Curso crónico.
- Pode ser asintomática durante moito tempo; é frecuente descubrir a hiperglucemia nunha analítica rutinaria de sangue.
- Posteriormente, danse as mesmas manifestacións que na tipo 1.

¿Por qué poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso?



5.6 COMPLICACIONES CRÓNICAS

Vasculares:

- **Microangiopatía:** las paredes de los vasos más pequeños se vuelven frágiles. Afecta a la retina (retinopatía diabética-ceguera) y riñón (nefropatía diabética)
- **Macroangiopatía:** afecta a grandes vasos: arterias coronarias (cardiopatía isquémica) y bloqueo del aporte sanguíneo a extremidades inferiores (úlceras o gangrena. Frecuentes las amputaciones).



- **Neuropatía diabética.** Afecta a los nervios periféricos, especialmente a los pies y tobillos. Provoca reducción de la sensibilidad.
- Además también hay otros síntomas como ardor, hormigueo, sensación de descargas eléctricas, pinchazos y frío doloroso.



5.7 COMPLICACIONES AGUDAS

Metabólicas:

- **Coma diabético (hiperosmolar):** Pérdida del conocimiento. Potencialmente fatal por un nivel muy alto de glucosa en sangre. Deshidratación.
- **Hipoglucemia:** si el paciente es consciente, administrar glucosa oral. Si el paciente es inconsciente, administrar glucagón.

5.8 DIAGNÓSTICO

Medición de glucosa en sangre en ayuno > 125 mg/dl (Glucosa normal 100-125 mg/dl)

5.9 TRATAMENTO

· **Farmacolóxico.**

- En DMI insulinoaterapia

- En DM2 hipogluceantes orais se o paciente mante certa síntese de insulina.

Se a síntese de insulina por parte do páncreas non é suficiente para exercer a súa acción hipogluceante é preciso o uso de insulinoaterapia.

-En DM xestacional están prohibidos os antidiabéticos orais. Está indicado dieta e exercicio físico e, se é necesario, insulina.

·**Dietético (en todos).** Controlar carbohidratos (tipos e cantidades), evitar sobrepeso e comer máis veces ao día en cantidades menores.

·**Exercicio físico (en todos).** Mellora a resistencia á insulina e axuda a baixar de peso.