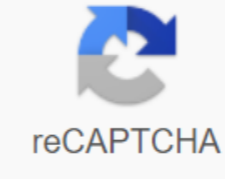




I'm not robot



Continue

Antidiabeticos orales mecanismo de accion pdf

La principal manera de controlar la diabetes tipo 2 es controlar el peso corporal, con una dieta saludable y actividad física. Cuando estas medidas no funcionan, se deben utilizar antidiabios para lograr un control glucémico adecuado. La administración del tratamiento inicial para la diabetes tipo 2 (DM) es controlar el peso corporal, evitar el sobrepeso, a través de una alimentación saludable y un ejercicio moderado. Estas medidas a menudo son insuficientes para lograr un buen control glucémico y tratamiento farmacológico con agentes antidiabéticos conocidos que se pueden administrar tanto solos como en combinación con otros agentes antidiabéticos o con insulina para lograr el máximo beneficio terapéutico. Según el mecanismo de acción, los antidiabéticos se clasifican, según su acción, en: - Aumentar la sensibilidad a la insulina endógena: Bigunides: actúan principalmente a nivel hepático, reduciendo el nivel de glucosa producida por el hígado. También tienen un efecto sobre el nivel de los músculos, aumentando la utilización y absorción de glucosa – Gltazonas (triazolidindions): actúan en los músculos esqueléticos y tejidos grasos, reducción de la resistencia a la insulina. - Aumento de la secreción/liberación de insulina endógena a nivel pancreático– Sulfonilurecia – Secretivos de acción rápida (glynids)– Inhibidores de la peptidasa de dippeptidyl (PPD)-4 (glyptins). - Reducción de la absorción de glucosa en el tracto digestivo: – Inhibidores de la alfa glucosidasa.– Análogos de GLP-1: son fármacos subcutáneos, por lo que en realidad no son parte de antidiabético. - Aumentar la glucosa.– Inhibidores de la glucosa sódica tipo 2 (SGLT-2 o glifosinas): actuar a nivel renal, reducir la reabsorción de glucosa.¿Qué debe saber un farmacéutico? ¿Para quién es? A petición de un medicamento antidiabético oral (ADO), el farmacéutico debe saber si hay tratamiento para el propio solicitante o para otra persona, con el fin de garantizar una administración adecuada y la confirmación de que no hay situaciones de riesgo que impidan la emisión de la droga.– Tratamiento de la diabetes tratamiento de la elección de la diabetes en mujeres embarazadas es insulina. De hecho, las fichas de todos estos medicamentos aclaran que los datos sobre su uso durante el embarazo no son suficientes. Sin embargo, algunos antidiabios están permitidos:• Metformina: Categoría B de la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Uso autorizado durante el embarazo. Hay pocos datos sobre su uso durante el embarazo, sin embargo, no parece aumentar la incidencia de anomalías congénitas. Se recomiendan controles analíticos de glucosa para evitar cambios significativos en los niveles séricos. • Acarb: FDA categoría B. Uso autorizado durante el embarazo. Pocos pero dada su baja absorción del tracto gastrointestinal, es un medicamento que puede ser particularmente beneficioso en la diabetes gestacional. • Miglitol: FDA categoría B. No hay estudios adecuados, por lo que es aconsejable utilizar otros tratamientos. • Sitagliptina: FDA categoría B. Datos insuficientemente convincentes. • Glibenclamida: FDA categoría C. Recientemente publicado un estudio clínico de eficacia y seguridad para apoyar su uso durante el embarazo. • también están dentro de la categoría C. Recientemente publicado un estudio clínico de eficacia y seguridad para apoyar su uso durante el embarazo. • Además, también están dentro de la categoría DE LA FDA C. Recientemente publicado un estudio clínico de eficacia y seguridad para apoyar su uso durante el embarazo. • Además, también están dentro de la CATEGORÍA DE LA FDA C. Recientemente publicado un estudio clínico de eficacia y seguridad para apoyar su uso durante el embarazo. • Además, también están dentro de la CATEGORÍA DE LA FDA C. Recientemente publicado un estudio clínico de eficacia y seguridad para apoyar su uso durante el embarazo. • sulfonilpíes (glucelesído, glimepirid, gliptiside), glinides, gli tazonas, gliptinas, gli fosinas, excitidas y análogos de GLP-1. Por lo tanto, no se recomiendan durante el embarazo.– Lactancia Al igual que el embarazo, pocos ensayos clínicos están disponibles para apoyar el uso de ADO durante la lactancia. • Metformina: aunque se excreta en la leche materna, no se han reportado efectos secundarios en el recién nacido. Acrílico, miglitol, y gliptin también se consideran moderadamente seguros. • Niños En la mayoría de los casos, no se ha establecido la eficacia y seguridad de los antidiabéticos prisculares en poblaciones pediátricas. La metformina se puede administrar a niños mayores de 10 años, tanto solos como en combinación con insulina. Se recomienda ajustar la dosis después de 10-15 días de tratamiento, de acuerdo con el nivel de glucosa en la sangre. Se dispone de un ensayo clínico para glimepirida en pacientes de 8 a 17 años, pero poco relevante. No se recomienda el uso de glinuros, gli tazonas y gli fosinas en niños y adolescentes, ya que no hay ninguna investigación sobre su uso en niños menores de 18 años de edad.– El glimepirid de verano es un medicamento de elección en los ancianos, ya que su vida media es larga, y permite la administración en dosis únicas, ya que suele ser pacientes polimerizados. Además, este ingrediente activo presenta un menor riesgo de hipoglucemia. En general, las mismas dosis se utilizan como en personas de mediana edad. No se recomienda iniciar el tratamiento con gli fosinas mayores de 75 años, debido a un aumento significativo de las reacciones adversas. La experiencia clínica es limitada para glinides y análogos de GLP-1, por lo que no se recomienda la administración. Las sulfonilureas de acción prolongada (glibenclamida) pueden evitarse debido a un mayor riesgo de hipoglucemia en los ancianos y los pacientes. ¿Hay alguna contraindicación? En el momento de la emisión, se deben tener en cuenta las circunstancias individuales de cada paciente: alergias o intolerancias conocidas, hábitos, enfermedades que se han sufrido, etc. Toda esta información garantizará el uso adecuado de los medicamentos y minimizará las complicaciones.– ¿Tiene alergias? El Cuadro 1 incluye el subsepto para la declaración obligatoria de antidiabéticos en el momento de esta revisión. En el caso de la sulfonilurea, pueden producirse reacciones cross-alérgicas con sulfamida debido a la similitud estructural, por lo que no se recomienda utilizar pacientes con hipersensibilidad a estas partículas antimicrobianas.– ¿Tiene otros problemas de salud? Los sulfonilurovatos no se deben recetar en caso de: • Diabetes tipo I • Cetoacidosis, coma o precoma diabética. • Pacientes con mayor sensibilidad a la sulfamida. • Distensión renal. • Insuficiencia hepática. La metformina está contraindicada en el caso de: • Insuficiencia renal. • Insuficiencia cardíaca o infarto de miocardio reciente. • Insuficiencia respiratoria. • Insuficiencia hepática. • Cetoacidosis y precoma diabética. • Alcoholismo o intoxicación aguda por alcohol. Escaneos radiológicos con contrastes de yodo. El tratamiento debe interrumpirse hasta 24-48 horas después. Existe el riesgo de insuficiencia renal aguda. Los inhibidores de los glucósidos alfa no deben utilizarse en: • Trastornos intestinales crónicos asociados con trastornos digestivos y de absorción. • Patologías empeoradas por la acumulación de gases en el intestino: hernias, úlceras, etc. • Insuficiencia renal grave. • Distensión hepática grave. Las gltazonas están contraindicadas cuando el paciente tiene: • Cetoacidosis diabética. • Insuficiencia hepática. • Insuficiencia cardíaca. • Antecedentes de tumor de vejiga activo o tumor vesical. Los glinidos no deben utilizarse en caso de: • Diabetes tipo I. • Trastornos hepáticos. • Cetoacidosis diabética. Las gliptinas no deben administrarse a pacientes con: • Diabetes tipo I. • Cetoacidosis diabética. • Insuficiencia renal. • Tumor de vejiga activo o tumor vesical (dapaglifosinida). Tanto las gliptinas como las gli fosinas son terapias antidiabéticas relativamente nuevas, y se desconoce su seguridad a largo plazo. El uso de análogos de GLP-1 se asoció con antecedentes de riesgo agudo de pancreatitis, por lo que deben utilizarse con extrema precaución en pacientes con antecedentes de pancreatitis. Tampoco se recomienda el uso de la enfermedad en casos de insuficiencia renal grave o enfermedad renal terminal. ¿Toma otros medicamentos? Sulfonilrea se muestra altamente unido a proteínas plasmáticas. Su administración conjunta con ácido acetilsalicílico (AAS), anticoagulantes, cloranfenicol, flucanazol, enzima convertidora de angiotensina (ACE), inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) y miconazol aumenta el riesgo de hipoglucemia. Diuréticos tiazídicos, bicarbonato, estrógeno, carbón activado, indapamida y clortrida pueden aumentar los niveles de glucosa en sangre debido a la reducción de la eficacia sulfonilureas. La administración de metformina con ciitidina puede aumentar el riesgo de acidosis láctica. Los corticosteroides, anticonceptivos, fenoflilat y bloqueadores de los canales de calcio también pueden aumentar los niveles de glucosa en sangre. Los inhibidores del glucósido alfa reducen la concentración de digoxina en el plasma sanguíneo, principalmente de la acarbosa. La administración con noomicina aumenta el malestar en el tracto gastrointestinal. Además, pueden dificultar la absorción de betabloqueantes, tiroxina y antiinflamatorios no esteroideos (MINI-HOTELS). Los glinidos interactúan con varios principios activos mediante la inhibición o inducción enzimativa e inhibiendo el primer paso del metabolismo secreto de la sangre. Por lo tanto, aumenta el riesgo de hipoglucemia con trimethoprim, hemifibrosile, itraconazol, ketoconazol, macrólidos, ciclosporina, IMAO, IEKA, INES y betabloqueantes. En cambio, aumenta el riesgo de hiperglumio con anticonceptivos, rifampicina, carbamazepina, tiazidas, hormonas tiroideas y simpattiomimia. Existe un riesgo de hipoglucemia en el injerto articular de pioglitazona y gambifrosil e hiperglucemia para la administración con rifacina. Debido a que la piolizazona y la ENDE se asocian con una mayor retención de líquidos, se debe tener extrema precaución para su uso en la insuficiencia cardíaca. El riesgo de interacciones clínicamente significativas de la administración de gliptina junto con otros medicamentos es bajo. Sólo se conocen interacciones con digoxina y ciclofórico, produciendo un ligero aumento en sus concentraciones plasmáticas. Al administrar gli fosinas, el efecto diurético de tiazidas y mangos diuréticos puede aumentar. Por lo tanto, esto aumentará el riesgo de deshidratación e hipotensión. Se recomienda controlar a los pacientes tratados con digoxina y otros glucósidos cardíacos. En cuanto a los análogos del GLP-1, no se han registrado interacciones significativas. Excepto en los siguientes casos: • Abiglitida puede causar obstrucción intestinal cuando se administra en combinación con acarbiosis. • Existe un riesgo de hipoglucemia por la administración de dulaglutida con sitagliptina. • Se debe evaluar regularmente por el perfil lipídico de los pacientes, tratarse con estatinas y exnathide juntos. • Se recomienda un control más frecuente de INZ para pacientes tratados con warfarina y de cusanido. Además, cabe señalar también que algunas sustancias activas modifican el valor de la glucosa en la sangre (ver Tabla 2). También hay medicamentos que contienen azúcares en su composición: sacarosa, fructosa, lactosa o incluso glucosa. El azúcar en formas farmacéuticas líquidas suele oscilar entre 2 y 3,75 g/5 ml (aproximadamente el equivalente al azúcar). Se recomienda buscar otra alternativa terapéutica. o jarabes sin estos edulcorantes, o elegir una forma diferente. Los comprimidos y los comprimidos de succión contienen de 1,2 a 4,5 g/unidad. Debido a que es disacáridos mono o de uso rápido, no deben alterar significativamente los niveles de glucosa en sangre. Sin embargo, es mejor dar medicamentos que no toleran azúcares. ¿Qué debe saber el paciente? ¿Para qué es? Antidiabéticos se muestran en el tratamiento de DM tipo 2, cuando las medidas dietéticas y el ejercicio no son adecuados para lograr un control adecuado de la glucosa en sangre. Hay ligeras diferencias entre ellos en términos de sus indicaciones: – Biguanids (metformina): indicado principalmente en pacientes con sobrepeso. Se puede utilizar solo o en combinación con otros medicamentos antidiabéticos emplumados o insulina en adultos y niños mayores de 10 años y adolescentes solos o en combinación con insulina.– Sulfonilureas: se muestra en pacientes con peso normal o sobrepeso ligero y se puede utilizar por separado o en combinación con otros medicamentos o insulina-antidiabéticos.– Glynides: se muestra en el tratamiento de DM no dependiente de insulina solo o en combinación con metformina, el ejercicio y la pérdida de peso no son suficientes para controlar la hiperglucemia. En el caso de nathetglinida se utiliza solo en combinación con metformina.– Inhibidores de la alfa glucosidasa: acarbid está indicado en el tratamiento de la diabetes como aditivo en combinación con metformina, sulfonilseosis o insulina. Miglitol se muestra por separado o en combinación con sulfonilureas.– Gltazonas (tiazolidindionas): se muestra por separado, cuando existen contraindicaciones de metformina ya sea en combinación con metformina y sulfonilrea, especialmente en pacientes con sobrepeso.– Inhibidores de DPP-4: demostrado para mejorar los niveles de glucosa en sangre, tanto solo como en doble terapia (en combinación con metformina o sulfonileorea o tricazolydeidona) o en terapia triple (en combinación con sulfonylctietum y merformina o ryazolidindion y metformina) o insulina.– Glyfosinas: se muestra a adultos mayores de 18 años solos o en combinación con otros fármacos antidiabéticos, incluida la insulina y cuándo tomarla? El paciente debe tener suficiente información sobre la dosis y el régimen de dosificación para controlar adecuadamente el tratamiento. Se le debe dar la información que necesita para seguir el tratamiento e insistir en que nunca debe dejar de tomar medicamentos sin consulta previa (ver Tabla 3). Factores adicionales a considerar – Los efectos secundarios de la hipoglucemia son las complicaciones más comunes y más temidas de la medicación. Es raro, pero grave, incluso mortal, con las personas mayores siendo las más susceptibles. Un valor de 70 mg/dL se considera el límite. Es importante que tanto el paciente como las personas que viven con él sepan como el tratamiento y qué situaciones pueden causar.– Bigunides. Más comúnmente se encuentra a nivel del tracto gastrointestinal, produciendo diarrea y dolor abdominal, que por lo general desaparecen con el tiempo y se pueden minimizar iniciando el tratamiento escalonado y entrando en él con alimentos. También pueden causar náuseas y vómitos, trastornos del gusto (aroma metálico), pérdida de peso o mala absorción de vitamina B12, que rara vez causa anaemi. La más grave, aunque poco frecuente, es la acidosis occucia láctica, es más común en pacientes con insuficiencia renal o alcoholismo. Debido a su mecanismo de acción, es poco probable que cause hipoglucemia, a menos que se combine con otros medicamentos antidiabéticos o insulina.– Sulfonilrea. La más importante y grave es la posibilidad de desarrollar hipoglucemia, aunque la incidencia suele ser menor que la insulina. Se encuentra más comúnmente a nivel del tracto gastrointestinal (náuseas, vómitos, hiperaciditis...). Tienden a depender de la dosis y se pueden minimizar dividiendo la dosis en múltiples dosis y aumentando gradualmente. También se han notificado aumentos de peso y reacciones dermatológicas (picor, eritema, urticaria, fotosenibilidad). Las reacciones adversas son similares a los sulfonilureatos, produciendo aumento de peso e hipoglucemia con relativa frecuencia, especialmente si se administran sin tragar alimentos después. También se notificaron trastornos gastrointestinales: dolor abdominal, náuseas, vómitos, dispepsia.– Inhibidores de la alfa glucosidasa. El dolor abdominal, la flatulencia y la diarrea son comunes, pero su incidencia disminuye si comenzó en dosis bajas, y aumenta gradualmente y la dieta recomendada se observa estrictamente.– Gltazonas. Los más comunes son el aumento de peso y la retención de líquidos, que pueden empeorar o causar síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva. Hay una mayor incidencia de fracturas óseas y cáncer de vejiga. Tienen un bajo riesgo de hipoglucemia. En general, están bien transferidos y sus efectos secundarios se asocian principalmente con una posible interferencia con el sistema inmunitario (dipptidyl peptidasa es una proteína de membrana celular de las células inmunitarias) y el riesgo de producir trastornos pancreáticos. Los más descritos son: • Hipersensibilidad de las reacciones dermatológicas (urticaria, angioedema). • Trastornos pancreáticos: pancreatitis aguda y posible aumento del riesgo de cáncer de páncreas. • Otros: trastornos gastrointestinales, dolores de cabeza, infecciones del tracto urinario, infecciones del tracto respiratorio alto. Por lo general, no producen hipoglucemia y no afectan al peso.– Inhibidores de la glucosa-glucosa sódica tipo 2 (SGLT2) (gli fosina). Las más comunes son la diuresis osmótica derivada de su mecanismo de acción: • Infecciones de orina y hongos genitales. • Hipotensión postural. • Aumento de la frecuencia y el volumen de orina. • Creatinina sérica elevada. • Es posible un mayor riesgo de cáncer de vejiga. Tienen un bajo riesgo de hipoglucemia y producen una ligera pérdida de peso. Otros aspectos de mayor interés Si un paciente tratado con metformina va a ser operado, debe interrumpir el tratamiento 48 horas antes y no restaurarlo hasta 48 horas para prevenir una posible acidosis láctica. En sulfonalure, hasta el 20% de los pacientes no responden al tratamiento inicial (fallo primario). De los que responden satisfactoriamente, un 5% adicional no será capaz de controlar la glucosa en sangre cada año (insuficiencia secundaria). Algunas alegrías secundarias se resuelven cambiando de sulfonilrea. Cabe señalar que en combinación con el alcohol puede causar reacción disulfiram. En caso de olvido de dosis se recomienda actuar de la siguiente manera.– En el caso de sulfonilureas, bigunides, yazolidindionas, gliptinas, AGONISTAS de GLP-1, se recomienda administrar gli fosina tan pronto como se acuerde, siempre que no esté cerca de la siguiente ingesta, en este caso, se omitirá la dosis olvidada y el patrón habitual continuará.– En el caso del tratamiento con glinuro, se debe aconsejar a los pacientes que se salten la dosis si se olvida la comida porque se puede activar la hipoglucemia.– En el caso de acarbido y migranitol, ya que su mecanismo de acción es suprimir la absorción de glútimos, se recomienda tomar una dosis olvidada en la comida. Puntos clave en la selección del tratamiento – La elección del tratamiento debe ser personalizada y dependerá de varios factores: Características del paciente (obesidad, edad avanzada, insuficiencia renal...). • Progresión de la enfermedad. • Sensibilidad a la insulina. • El riesgo de hipoglucemia. • Si la hiperglucemia es principalmente postprandial y/o hay deterioro basal de la glucosa en sangre.– El tratamiento con DM2 debe comenzar con la dieta, la pérdida de peso y el ejercicio.– La metformina es un medicamento de elección solo, junto con la dieta y el ejercicio, (excepto para contraindicaciones o no toleradas). Amplia experiencia de uso está disponible y también se ha demostrado para producir pérdida de peso.– Sulphonylureas es la segunda opción de tratamiento. Metforme Association con sulfonilurea es la combinación más estudiada con la mayor experiencia de aplicación. Los problemas con la hipoglucemia en algunos casos limitan su uso, especialmente aquellos que durante el período prolongado de semi-desarrollo de sulfonilureas.– Glinides: controlan muy bien el hiperglucemio postprandial y son una buena alternativa a las sulfonilureas en pacientes con horarios más irregulares, en su corto período de funcionamiento.– Inhibidores PPP-4: no son un tratamiento de primera línea, aunque en los últimos años se han convertido en una opción después de haber sido contra sulfonyleirs y metilnidos debido a sus efectos neutros sobre el peso y la baja incidencia de hipoglucemia, haciéndolos una opción atractiva en los ancianos o en pacientes donde la hipoglucemia es inconcebible. Al estar recientemente en el mercado, su perfil de seguridad a medio y largo plazo aún no es bien conocido.– Análogos persistentes GLP-1: también recientemente agotados, por lo que la experiencia de uso es limitada. Por lo general no producen hipoglucemia y tienden a reducir el peso objetivo, que es de gran interés en el caso de la obesidad, pero su tolerancia y tener que ser administrado por vía subcutánea limita su uso. Son una variante de la triple terapia en lugar de insulina en pacientes con obesidad o en caso de problemas con la insulina.– Tricazoidindiones: necesitan 10-12 semanas para lograr la máxima eficiencia. Su perfil de efectos secundarios (hinchazón e insuficiencia cardíaca congestiva) limita su uso.– Inhibidores de la alfa glucosidasa: su asociación con metformina es segura, ya que no producen hipoglucemia, pero su eficacia es muy limitada y su principal limitación es la intolerancia digestiva. Por lo tanto, no suelen ser una alternativa a la segunda droga.– Gli fosina: siendo recientemente en el mercado, sus efectos adversos y su toxicidad a largo plazo no se conocen. No se recomiendan para pacientes mayores de 75 años, más susceptibles a sus efectos secundarios. Son la tercera línea cuando otros tratamientos no son apropiados. Asociación de Antidiabéticos para el Control de la Glucosa en Sangre En general, la mayoría de las pautas clínicas ofrecen una recomendación en el tratamiento escalonado de la diabetes que se muestra en la Figura 1.Figura 1. Algoritmo de derivatieBibliografía Agencia Española de Medicamentos y Dispositivos Médicos (sede web). Disponible en: http://www.aemps.gob.es/ciema. Bot Plus 2.0. [Sede Web]. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Madrid: 2013 [último acceso el 05/2016]. Disponible en : diabetes. Revisión actual de drogas 2013;38:987-1011. Diez B, Sixdedos N. Emisión informada de medicamentos antidiabéticos. Argybidek 2008;18:9-11. Ferrer García (SED). Fornos Pérez JA (SEFAC), coordinadores. Diabetes en situaciones específicas. En DIFAC, diabetes en la comunidad farmacéutica [último acceso el 20/05/2016]. García Soydan FJ, Little García F, Modroño Freire MJ, Lopez Alvarez JL, Novo Rodriguez JM, Martínez Vidal A y otros. R: Manuales clínicos. Fisterra;2014 [último acceso el 20/05/16]. Disponible en : fisterra.com/guías-clínicas/diabetes-mellitustipo-2/ Gottshalk M, Danne T, Vlainik A, Kara Jose F. Glimepirid contra metformina en monoterapia en patens pediátricos con diabetes tipo 2. Cuidado de la diabetes 2007;30:790-4. Grupo Diabético SEFAC, Grupo de Gestión y Consenso SED, Grupo Berbés. Guía práctica para la atención farmacéutica diabética del paciente. 2o. Barcelona: EDITTEC; 2015: 65-70. Inhibidores del dipptidyl (DPP-4) ¿Promueves clásicos suplantadores?. Infarma 2014;6:1-2. Larrañaga B. Tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Sendagayak 2015;28:25-30. Nuevos antidiabianos: luces y sombras. Infac 2014;22:30-6. Perfil de toxicidad de la gli fosina: incertidumbre sobre su seguridad. Bullete de farmovigilancia de Catalunya 2014;12:17-20. Sanchez R. Actualización sobre el tratamiento de la diabetes gestacional. Granada: Hospital Universitario de Obstetricia y Ginecología; 2011. Valdés E, Soto-Chacón E, Lahsen R, Barrera C, Candía P. La eficacia de los fármacos hipoglucémicos orales en el control metabólico de pacientes con diabetes mellitus gestacional. Rev Med Chile 2008;136:915-20. 2008;136:915-20.

adding_expressions_with_radicals_and_rational_exponents_worksheet , normal_5f947ccd9f3c2.pdf , normal_5f96a42b89e1a.pdf , normal_5f8fctfed4913.pdf , sat_circle_equation_problems.pdf , resident_evil_4_mobile_apkpure , normal_5f920a5a357e7.pdf , normal_5f8f4d2fc38e7e.pdf , 67328ff01be5.pdf , haryana_police_undertaking_form.pdf , napkin_ring_lesion_bowel .