



Mi Universidad

Resumen

Nombre del Alumno: Ailyn Yamili Antonio Gómez

Nombre del tema: DIABETES MELLITUS 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRONICA

Parcial: 3°

Nombre de la Materia: interculturalidad II

Nombre del profesor: Ricardo Acuña de Zas.

Nombre de la Licenciatura: medicina humana

Semestre: 2°

Diabetes Mellitus 2

La diabetes tipo 2, el tipo más común de diabetes, es una enfermedad que ocurre cuando el nivel de glucosa en la sangre, también llamado azúcar en la sangre, es demasiado alto. La glucosa en la sangre es la principal fuente de energía y proviene principalmente de los alimentos que se consumen. La insulina, que es una hormona producida por el páncreas, ayuda a que la glucosa entre a las células para que se utilice como energía. En la diabetes tipo 2, el cuerpo no produce suficiente insulina o no la usa bien, por lo tanto, se queda demasiada glucosa en la sangre y no llega lo suficiente a las células. La diabetes tipo 2 se puede presentar a cualquier edad, incluso durante la infancia, sin embargo, la diabetes tipo 2 ocurre con mayor frecuencia en personas de mediana edad y en personas mayores. La probabilidad de desarrollar diabetes tipo 2 es mayor si se tiene 45 años o más, tiene antecedentes familiares de diabetes o sobrepeso u obesidad, para su prevención deben realizarse intervenciones sobre la dieta y el estilo de vida que deben mantenerse cuando sea preciso iniciar tratamiento con antidiabéticos orales o insulina. Para el manejo de esta enfermedad es importante la detección precoz de las complicaciones tardías de esta enfermedad (retinopatía, nefropatía, macro y microangiopatía, neuropatía somática y autonómica, pie diabético), promover la educación diabetológica y de autocontrol a los pacientes; los grados de recomendación se han especificado según las directrices publicadas por la Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING): Grados de recomendación de la SING: •

Grado A: Metaanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y aplicable a la población diana de la guía; o evidencia de estudios 1+ y con gran consistencia entre ellos. • Grado B: Evidencia proveniente de estudios 2++, aplicable a la población en la guía y que muestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada desde estudios 1++ o 1+. • Grado C: Evidencia compuesta de clasificados como 2+ aplicables a la población diana que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia extrapolada de estudios 2++. • Grado D: Consenso de expertos o evidencia de nivel 3 extrapolada de estudios como 2+.

Los criterios de diagnóstico Síntomas (poliuria, polidipsia o pérdida de peso inexplicada) y glicemia al azar ≥ 200 mg/dl. 2. Glicemia basal (en ayunas durante al menos 8 hrs) ≥ 126 mg/dl (Grado de recomendación B). 3. Glicemia basal a las 2 horas de un test de tolerancia oral a la glucosa (TTOG ≥ 200 mg/dl. 4. Hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) $\geq 6,5\%$. Los criterios de control que se proponen (grado de recomendación D) son: HbA1c (%) ≤ 7 ; triglicéridos, el tratamiento farmacológico pueden ser antidiabéticos orales, insulina, tratamiento combinado, Metformina la indicación: tratamiento de primera elección en la diabetes mellitus tipo 2, en monoterapia y en asociación con otros fármacos o insulina (Grado de recomendación A), las sulfonilureas • Indicaciones: De elección cuando existen contraindicaciones para el tratamiento con metformina. Pueden darse en monoterapia o en combinación con otros fármacos o insulina, enfocado en un adecuado control de factores de riesgo, incluyendo hiperglucemia, dislipidemia, hipertensión arterial y tabaquismo. Se recomienda iniciar tratamiento farmacológico con Metformina y cambios en el estilo de vida en pacientes con DM2 recién diagnosticada, aunque el valor inicial de HbA1C esté cerca del valor óptimo. Se sugiere iniciar metformina con dosis de 425mg diarios e incrementar de manera gradual cada tercer a quinto día hasta alcanzar la dosis meta para evitar efectos gastrointestinales. Se recomienda iniciar terapia combinada con metformina y otro antidiabético oral en pacientes adultos con DM tipo 2 recién diagnosticada y un nivel de HbA1c $>8\%$. No se recomienda iniciar la terapia combinada con metformina y tiazolidinedionas por el incremento en el riesgo de desarrollar fracturas, falla cardíaca o cáncer de vejiga, además del aumento de peso corporal. Se sugiere utilizar como segunda opción la combinación metformina-sulfonilurea con bajo riesgo de hipoglucemia (Glimepirida o glicazida), o la combinación de metformina con un inhibidor SGLT-2. Se sugiere utilizar insulina NPH como insulina basal al utilizarla a la hora de acostarse, hacia las 10 u 11 pm. Las insulinas análogas de acción prolongada tienen menor riesgo de hipoglucemia comparadas con la NPH, por lo cual se deben utilizar cuando se desea que al paciente se mantenga en un control óptimo evitando hipoglucemias, o cuando se presentan hipoglucemias intentando alcanzar la meta de control. La dosis inicial de insulina basal es de 10

Unidades por día o de 0.2 Unidades/kg de peso/día. Se debe incrementar la dosis en 2 a 4 unidades cada vez que la glucemia en ayunas está por encima del valor prefijado por dos a tres días seguidos o en el promedio de ese mismo intervalo. Al iniciar con agonistas de GLP-1 se debe iniciar con dosis bajas hasta lograr tolerancia, y evitar efectos gastrointestinales, que el paciente llegue a las metas de control y no abandone el tratamiento, por efectos secundarios. Al iniciar con insulina se debe tomar en cuenta que pueden presentar datos de hipoglucemia, por esto es importante explicarle al paciente como identificar los síntomas de una hipoglucemia.

Enfermedad renal crónica

El tabaquismo, la obesidad, la hipertensión y la diabetes pueden llevar a una persona a desarrollar enfermedad renal; un paciente hipertenso o con Diabetes no controlada puede progresar rápida y fácilmente a enfermedad renal avanzada. Los factores de riesgo modificables incluyen infección sistémica, diabetes, hipertensión, tabaquismo, inflamación sistémica, obesidad, proteinuria, dislipidemia, y anemia. Existen factores de riesgo no tradicionales de enfermedad renal crónica como la exposición a nefrotoxinas, litiasis renal, factores materno-fetales, infecciones, factores ambientales, y la falla renal aguda, la enfermedad Renal Crónica se define como una disminución de la función renal demostrada por la tasa de filtrado glomerular (GFR) de menos de 60 mL/min en 1.73m², o por marcadores de daño renal, o ambas, de al menos 3 meses de duración, sin tomar en cuenta la causa subyacente. La Diabetes y la Hipertensión son las principales causas de la Enfermedad Renal Crónica en todos los países de altos y medianos ingresos, y también en muchos de los países de bajos ingresos. La Enfermedad Renal Crónica puede presentar alguno de los siguientes marcadores de daño renal: albuminuria definida como albúmina en orina > 30 mg/24 hr, anormalidades en el sedimento urinario, trastornos hidroelectrolíticos secundarios a un trastorno tubular, anormalidades detectadas en histología, anormalidades estructurales detectadas por imagen o historial de trasplante renal. (Levey AS, 2009) Se clasifica de acuerdo a su etiología, el filtrado glomerular y las concentraciones de albúmina urinaria, los factores de riesgo perpetuadores de la Enfermedad Renal Crónica son: Proteinuria,

hipertensión, hiperuricemia, Existen diversos factores que influyen en la probabilidad y en la tasa de progresión de enfermedad renal crónica que incluyen: tasa de filtrado glomerular y la categoría de albuminuria, el grado de albuminuria, la causa de la enfermedad renal, la exposición continua a agentes nefrotóxicos, obesidad, hipertensión, edad, raza /origen étnico, resultados de laboratorio como la hemoglobina, albúmina, calcio, fosfato, bicarbonato, La detección de la enfermedad renal crónica basándose en estimaciones de la tasa de filtrado glomerular es una evaluación más precisa que la creatinina sérica únicamente. Los pacientes que presentan al menos dos mediciones del filtrado glomerular con valores menores a 60 ml/min en un periodo de tres meses deben considerarse como enfermos renales. La albúmina urinaria es la proteína más importante que se pierde a través de la orina en la mayoría de enfermedades renales crónicas. La medición de la albúmina urinaria para la detección de proteinuria mejora la sensibilidad, la calidad y la consistencia del acercamiento para la detección temprana y el manejo de la enfermedad renal. Para la medición de proteinuria se sugiere realizar los siguientes estudios en el siguiente orden de preferencia:

- Relación albúmina/creatinina en orina
- Relación proteínas/creatinina en orina
- Uroanálisis con tira reactiva y lectura automatizada
- Uroanálisis con tira reactiva y lectura manual,

Se recomienda iniciar tratamiento con estatinas en pacientes con una tasa de filtración glomerular $60 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ si tienen 50 años o más o factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, tabaquismo, bajos niveles de HDL-C) Otra opción es la utilización de estatinas en pacientes con enfermedad renal crónica que no están en diálisis si el riesgo absoluto a 10 años de tener un evento cardiovascular importante es de 7.5 a 10% o mayor pero no dar estatinas si el riesgo a 10 años es menor del 5%. No se recomienda administrar hierro IV en pacientes con infecciones sistémicas. El uso de una dosis menor de eritropoyetina puede ser razonable sobre todo en pacientes con un nivel de Hb pretratamiento de cerca de 10 g/dL. Se debe individualizar el tratamiento ya que algunos pacientes pueden experimentar mejorías en su calidad de vida con niveles de hemoglobina superiores a 11.5 g/dL y están dispuestos a aceptar los riesgos. Se sugiere referir con el nefrólogo a todos aquellos pacientes con una tasa de filtrado glomerular $< 30 \text{ ml/min/1.73 m}^2$ (excepto

pacientes > 80 años sin progresión de albuminuria y sin planteamiento de tratamiento sustitutivo renal). Se debe referir a los pacientes con una tasa de filtrado glomerular entre 30 y 45 ml/min/1.73 m² y edad < 70 años si se detecta progresión de la albuminuria o cumple con el criterio de albuminuria, Se sugiere referir a pacientes con anemia (Hb < 10.5 g/dl una vez corregido la ferropenia). Se sugiere referir a pacientes con alteraciones persistentes en el potasio (> 5.5 mEq/L ó > 3.5 mEq/L; sin tratamiento diurético).

Bibliografía

GUIAS DE PRACTICA CLINICA DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRONICA