

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
MEDICINA HUMANA**

CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNO: JOSE CARLOS CRUZ CAMACHO

MATERIA: INTERCULTURALIDAD II

SEGUNDO SEMESTRE

RESUMEN

CAMPUS BERRIOZABAL

31/05/2023

UDS
Mi Universidad

DIABETES MELLITUS 2 Y ENFERMEDAD RENAL CRONICA

RESUMEN

DIABETES MELLITUS 2:

la diabetes mellitus es una enfermedad determinada genéticamente, en la que el sujeto que la padece tiene alteraciones del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas, junto con una relativa o absoluta deficiencia en la secreción de insulina y con grados variables de resistencia a ésta. se caracteriza por hiperglucemia en ayunas y, en la mayoría de pacientes con larga evolución de la enfermedad, por complicaciones microangiopáticas, en especial renales y oculares, así como macroangiopatía con afección de arterias coronarias, enfermedad vascular periférica y neuropatía. la diabetes es no sólo la simple elevación de glucosa en sangre, sino un trastorno muy heterogéneo que implica varias anormalidades. Esta heterogeneidad significa que hay diferencias congénitas, ambientales e inmunitarias entre grupos de pacientes en cuanto a etiología y patogenia.

La diabetes tipo 2 es la que se observa más comúnmente en adultos mayores, pero se observa cada vez más en niños, adolescentes y adultos jóvenes por el incremento en los niveles de obesidad, sedentarismo y una dieta inadecuada. Tanto en la Diabetes tipo 1 como en la tipo 2, diversos factores ambientales y genéticos pueden resultar en la pérdida progresiva de la función y/o la masa de células beta que se manifiesta clínicamente como hiperglucemia. Una vez que la hiperglucemia aparece, los pacientes con cualquier forma de diabetes se encuentran en riesgo de desarrollar las mismas complicaciones crónicas, aunque las tasas de progresión pueden diferir. La diabetes tipo 2, previamente conocida como Diabetes no insulino dependiente ó diabetes del adulto, representa el 90-95% de todos los casos de Diabetes. Esta forma engloba a los individuos que tienen una deficiencia de insulina relativa y que presentan resistencia periférica a la insulina. Estos individuos, al menos de inicio, y muy comúnmente durante el resto de su vida, no necesitan tratamiento con insulina para sobrevivir. Existen diversas causas de Diabetes tipo 2. Aunque no se conoce con exactitud las etiologías específicas, no ocurre una destrucción autoinmune de células beta, y los pacientes no tienen alguna de las

otras causas conocidas de diabetes. La mayoría de estos pacientes presentan sobrepeso u obesidad.

El diagnóstico de la diabetes tipo 2 se realiza, inicialmente, mediante la determinación de glucosa en ayunas. Si la analítica da un valor repetido de glucosa mayor de 126 mg/dl, se considera que es positivo de diabetes mellitus tipo 2. En casos dudosos, se recurrirá a la realización de una curva de glucosa (determinación de glucosa en sangre de forma seriada) tras la toma de un preparado con 75 g de glucosa.

Resulta de importancia clave para el correcto manejo de la diabetes mellitus, especialmente la de tipo 2, la realización de estudios de composición corporal con la finalidad de conocer la magnitud del exceso de grasa en cada paciente. Junto a estos estudios, es conveniente también la realización de una calorimetría indirecta, de la que se obtiene el gasto energético en reposo de cada paciente. Tratamiento farmacológico: debe considerarse su empleo en el paciente cuando con la dieta y el ejercicio físico no se consiga un adecuado control de la diabetes Mellitus, tras un período razonable (4-12 semanas) después del diagnóstico.

Aumentan la secreción de insulina independiente del nivel de glucosa. Sulfonilureas: primera generación (clorpropamida, tolbutamida). Segunda generación: glibenclamida, glicazida, glipizida, glimepirida. Meglitinidas: repaglinida, nateglinida. Disminuyen la insulino-resistencia. Biguanidas: metformina. Tiazolidinedionas: pioglitazona, rosiglitazona. Disminuyen las excursiones de glucosa actuando en el tracto digestivo. Inhibidores de las alfa glucosiladas: acarbosa, miglitol. Secuestrador de ácidos biliares: colesevelam.

ENFERMEDAD RENAL CRONICA:

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.

Los factores de riesgo para el desarrollo y progresión de la Enfermedad Renal Crónica incluyen: un bajo número de nefronas al nacer, pérdida de nefronas debido al incremento en la edad, y daño renal agudo o crónico causado por exposiciones tóxicas o enfermedades (por ejemplo, obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2)

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.

Se deben identificar los factores que predisponen a un individuo para el desarrollo de enfermedad renal crónica, ya que algunos de estos factores de riesgo se pueden modificar y así prevenir o retrasar la progresión a enfermedad renal en etapa avanzada.

Los factores de riesgo modificables incluyen infección sistémica, diabetes, hipertensión, tabaquismo, inflamación sistémica, obesidad, proteinuria, dislipidemia, y anemia.

Se puede retrasar la progresión de enfermedad renal crónica y la necesidad de terapia de reemplazo si se identifica a la Diabetes, la severidad de la proteinuria y un nivel de bicarbonato sérico bajo como los factores de riesgo más importantes para la progresión rápida de la enfermedad.

El diagnóstico de la insuficiencia renal crónica se basa en las manifestaciones clínicas que presenta el paciente, así como en las alteraciones que se pueden apreciar la analítica.

Cuando se sospecha esta enfermedad, debe realizarse un análisis de sangre y orina. Las alteraciones que pueden aparecer son: disminución del volumen de orina (menos de 500 mililitros), aumento en sangre de la urea y creatinina y electrolitos elevados como el potasio.

Es importante iniciar el tratamiento de la insuficiencia renal precozmente con el fin de evitar complicaciones, prever secuelas a largo plazo y ralentizar en la medida de lo posible la progresión de la enfermedad (protegiendo la función renal residual).

Control dietético: Restricción del consumo de sal, proteínas, alimentos ricos en fósforo y en potasio.

Fármacos: Protectores de la función renal: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.

Correctores electrolíticos: Quelantes del fósforo. Quelantes del potasio que se emplean en fases muy terminales de la insuficiencia renal crónica.

Correctores hormonales: Vitamina D: ayuda a controlar el aumento en la hormona paratiroidea y favorece la absorción de calcio y la mineralización ósea.

Eritropoyetina: estimula la producción de células de la serie roja.

BIBLIOGRAFIA:

Rónica, ENRE (s/f). *Prevención, diagnóstico y tratamiento de la* . Gob.mx. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/335GER.pdf>

Ipo, DIME, & de A Tención, ENELPRNI (s/f). *Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la* . Gob.mx. Recuperado el 28 de mayo de 2023, de <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>