

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Medicina Humana

MATERIA: INTERCULTURALIDAD II

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

**ALUMNA: TANIA ELIZABETH MARTÍNEZ
HERNÁNDEZ**

**ACTIVIDAD: RESUMEN DE DIABETES
MELLITUS 2 Y ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA**

SEMESTRE: 2º GRUPO: C

TUXTLA GUTIÉRREZ



DIABETES MELLITUS 2

Es una enfermedad grave crónica, se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel del azúcar o glucosa en sangre) o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia insulina. Se observa más en adultos mayores, pero también en niños, adolescentes y adolescentes jóvenes por incremento en obesidad, sedentarismo y dieta inadecuado. La hiperglucemia puede provocar enfermedades cardiovasculares, neuropatía, nefropatía y enfermedades de ojos que llevan a ceguera. Los rangos de glucosa en ayuno, sin diabetes son de 70-100mg/dl y con diabetes es de 70-130 mg/dl. Y con 2 horas después de comer, sin diabetes es de 70-140 mg/dl y con diabetes es de menos de 180mg/dl.

La escala de FINDRISC indica factores de riesgo como: edad, IMC, el perímetro de cintura, hipertensión arterial con tratamiento farmacológico.

Para el estudio se recomienda utilizar la HBA1C para confirmar D.M2 en pacientes que dieron positivo en alguna prueba de tamizaje y glucemia plasmática en ayunas entre 100 y 125 mg/dl. Un valor de >6.5% confirma el diagnóstico.

Tratamiento

No se recomienda el manejo único con cambios en el estilo de vida. Iniciar Metformina con dosis de 425 mg diarios e incrementar de manera gradual cada tercer a quinto día hasta alcanzar la dosis meta para evitar efectos gastrointestinales.

La dieta estilo mediterráneo tiene menos carnes y carbohidratos que va con base de vegetales y grasa monoinsaturada (buena) y si comidas a base de vegetales, con solo pequeñas cantidades.

Se recomienda agregar un inhibidor DPP-4 (Linagliptina y saxagliptina) por su mejor balance riesgo beneficio.

Segunda opción la combinación de metformina- sulfonilurea con bajo riesgo de hipoglucemia (glimepirida o glicazida) o la combinación de metformina con inhibido SGLT-2.

Si no logran mantener al px con metformina como monoterapia, se sugiere agregar una sulfonilurea cuando los inhibidores DPP-4 o SGLT2 no están disponibles o se encuentran contraindicados.

Se sugiere utilizar insulina NPH como insulina basal a la hora de acostarse (10 u 11 pm). Dosis inicial de insulina basal es de unidades por día o de 2 unidades/Kg de peso/día.

Al iniciar insulina tomar en cuenta datos de hipoglucemia. Se recomienda tratamiento con IECA o ARA II en Px DMT2.

ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Es una alteración de la estructura o funcionamiento del riñón por más de 3 meses con implicaciones para la salud, se clasifica con base en la etiología, categorías de tasa de filtrado glomerular (TFG) <60 ml/min/1.73m². y de albuminuria-proteinuria (CGA). La etiología de la ERC se asigna con base en la presencia o ausencia de enfermedad sistémica y la ubicación de

hallazgos anatómo-patológicos observados o encontrados dentro del riñón. Se recomienda evaluar los siguientes parámetros del tamizaje nutricional en pacientes en las categorías G4- G5

con el objetivo de identificar desnutrición: Peso corporal actual, Reducción de peso corporal con edema del 5% o más en 3 meses o 10% en 6 meses, Índice de masa corporal $<20\text{kg}/\text{m}^2$, Valoración global subjetiva (B/C en escala de 3 puntos o 1-5 en escala de 7 puntos)

Se recomienda incluir la antropometría, dinamometría, evaluación de ingesta o análisis de bioimpedancia para evaluar la desnutrición o el riesgo de desnutrición.

El paciente con enfermedad renal crónica debe recibir orientación nutricional e información a través de un programa educacional y de acuerdo al daño renal la intervención específica en: sodio, potasio, fósforo, proteína.

No se recomienda utilizar la creatinina sérica como único examen para evaluar la función renal en adultos mayores.

Se debe estimar la tasa de filtrado glomerular en pacientes adultos con factores de riesgo utilizando ecuaciones. Se puede utilizar la fórmula de Cockcroft-Gault, la MDRD, y la CKD-EPI. La ecuación de Cockcroft- Gault predice mejor la mortalidad.

Se recomienda utilizar la ecuación MDRD para el cálculo de la tasa de filtrado glomerular en pacientes adultos con diabetes. Esta ecuación tiene una mayor precisión en estadios avanzados y en pacientes > 60 años.

Se recomienda utilizar la relación albúmina/creatinina para la evaluación inicial de proteinuria.

Se debe realizar un ultrasonido renal a todas las personas con Enfermedad Renal Crónica que:

- Presenten una progresión acelerada de la enfermedad renal crónica.
- Presenta hematuria visible o persistente.
- Tienen síntomas de obstrucción del tracto urinario.
- Tiene historia familiar de riñones poliquísticos y una edad mayor de 20 años.
- Tienen una tasa de filtrado glomerular de menos de $30\text{ ml}/\text{min}/1.73\text{ m}^2$.

(categoría G4 o G5)

Requieren una biopsia renal de acuerdo al nefrólogo.

Factores de susceptibilidad: incrementan la posibilidad de daño renal

Edad avanzada, Historia familiar de ERC, Masa renal disminuida, Bajo peso al nacer, Hipertensión arterial, Diabetes, Obesidad, Nivel socioeconómico bajo.

Factores iniciadores: inician directamente el daño renal

Enfermedades autoinmunes, Infecciones sistémicas, Infecciones urinarias, Litiasis renal, Obstrucción de las vías urinarias bajas, Fármacos nefrotóxicos, principalmente AINE, Hipertensión arterial, Diabetes.

Factores de progresión: empeoran el daño renal y aceleran el deterioro funcional renal

Proteinuria persistente, Hipertensión arterial mal controlada, Diabetes mal controlada, Tabaquismo, Dislipidemia, Anemia, Enfermedad cardiovascular asociada, Obesidad.

Factores de estadio final: incrementan la morbimortalidad en situación de fallo renal

Dosis baja de diálisis, Acceso vascular temporal para diálisis, Anemia, Hipoalbuminemia, Derivación tardía a Nefrología.

Tratamiento

El tratamiento con inhibidores SGLT-2 puede reducir el riesgo de progresión de enfermedad renal en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2.

Se recomienda tratar a los pacientes adultos con Diabetes e Hipertensión con una combinación de inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina y bloqueadores del receptor de angiotensina o monoterapia con cualquiera de estos dos fármacos para disminuir la frecuencia de enfermedad renal crónica.

Se sugiere administrar inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores del receptor de angiotensina en pacientes con Diabetes tipo 2 y normo albuminuria para reducir el riesgo de desarrollo de microalbuminuria.

Se sugiere administrar bloqueadores del receptor de angiotensina II en pacientes con Diabetes y albuminuria.

Se recomienda dar tratamiento con estatinas a dosis estándar a los pacientes con Enfermedad Renal Crónica de más de 50 años o > de 18 años con factores de riesgo cardiovascular (Diabetes, Hipertensión, etc.) para disminuir la presentación de eventos cardiovasculares.

Tratamiento no farmacológico

Se sugiere una ingesta de < 100 mEq/día de sodio para que la restricción pueda ser sostenible y se pueda mantener a lo largo del tiempo. En pacientes con una tasa de filtrado glomerular < 60 ml/min/1.73 m² y que no se encuentren en diálisis se sugiere una ingesta diaria de proteínas de 0.8 g/kg. No se recomienda una ingesta muy baja de proteínas (-0.6g/kg/día).

Fuentes bibliográficas:

Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2018. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad renal crónica. Guía de Referencia Rápida: Guía de Práctica Clínica. México, CENETEC; 2019 [fecha de consulta]. Disponible en <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

