



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Hatziry Gómez Hernández

Nombre del tema: DIABETES MELLITUS 2 Y ENFERMEDAD
RENAL CRONICA

Parcial: 3er parcial

Nombre de la Materia: INTERCULTURALIDAD Y SALUD II

Nombre del profesor: RICARDO
ACUÑA DE SAZ

Nombre de la Licenciatura: Lic. Medicina Humana II



DIABETES MELLITUS TIPO 2:

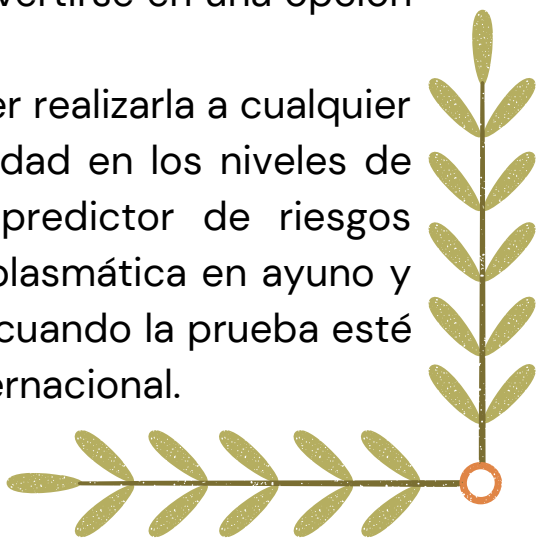
La diabetes es una grave enfermedad crónica que se desencadena cuando el páncreas no produce suficiente insulina (una hormona que regula el nivel de azúcar, o glucosa, en la sangre), o cuando el organismo no puede utilizar con eficacia la insulina que produce. Según las estimaciones, 422 millones de adultos en todo el mundo tenían diabetes en 2014, frente a los 108 millones de 1980. Se prevé que para el año 2040 esta cifra habrá aumentado hasta alcanzar los 642 millones de afectados. La prevalencia mundial (normalizada por edades) de la diabetes casi se ha duplicado desde ese año, pues ha pasado del 4,7% al 8,5% en la población adulta. Ello supone también un incremento en los factores de riesgo conexos, como el sobrepeso o la obesidad. En la última década, la prevalencia de la diabetes ha aumentado más deprisa en los países de ingresos bajos y medianos que en los de ingresos altos.

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

METODO DE DIAGNOSTICO:

Se recomienda realizar HbA1c para diagnosticar DM sobre la glucosa en ayuno debido a que, aunque ambas pruebas se muestran efectivas para la detección de Diabetes, la HbA1c predice mejor las complicaciones micro y macrovasculares, y aunque su costo es mayor, al prevenir complicaciones puede convertirse en una opción costo efectiva

La HbA1c presenta varias ventajas, como poder realizarla a cualquier hora del día, evita el problema de la variabilidad en los niveles de glucosa en el día a día, y es un mejor predictor de riesgos cardiovasculares comparado con la glucosa plasmática en ayuno y la curva de tolerancia a la glucosa, siempre y cuando la prueba esté estandarizada de acuerdo con el estándar internacional.





TRATAMIENTO:

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 recomienda mantener un nivel alto de actividad física para disminuir el riesgo de mortalidad en pacientes adultos con Diabetes Mellitus tipo 2.

monoterapia -Metformina 850mg hasta c/8hrs -Considerar Sitagliptina en caso de intolerancia o contraindicación para metformina (insuf. Hepática) Dep. Creatinina

Terapia dual - Glibenclamida 5mg máx 15mg/dl dividido 2 tomas ó - Pioglitazona 15mg c/24hrs, máximo 45mg/día (precaución en ICC/edema) ó -Sitagliptina 100mg c/24hrs (máx) Dep. Creatinina 30-40 50mgc/24hrs (máx

Terapia triple * si el paciente acepta considerar terapia con insulina +pioglitazona+sitagliptina - Metformina+glibenclamida+pioglitazona +glibenclamida+sitagliptina +glibenclamida+insulina +pioglitazona+insulina

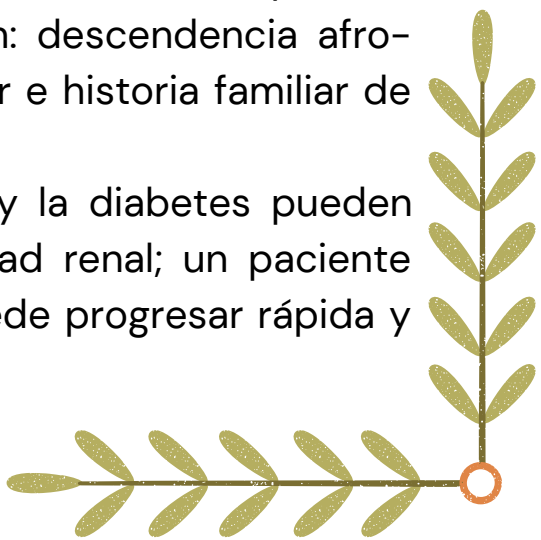
ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

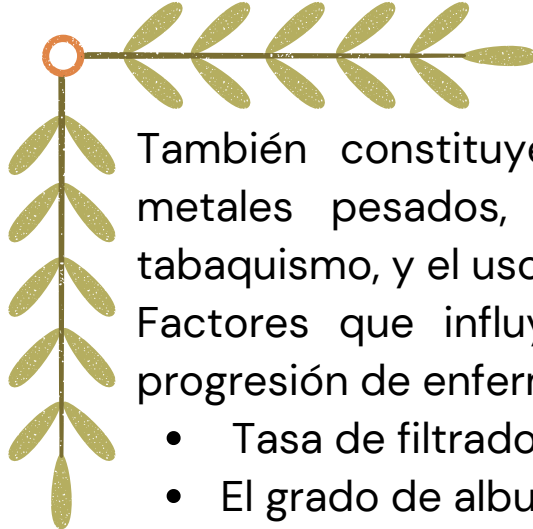
La Enfermedad Renal Crónica puede presentar alguno de los siguientes marcadores de daño renal: albuminuria definida como albúmina en orina > 30 mg/24 hr, anormalidades en el sedimento urinario, trastornos hidroelectrolíticos secundarios a un trastorno tubular, anormalidades detectadas en histología, 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.

FACTORES DE RIESGO:

Los factores de riesgo con la asociación más fuerte para el desarrollo de Enfermedad Renal Crónica son: descendencia afroamericana, edad avanzada, bajo peso al nacer e historia familiar de enfermedad renal.

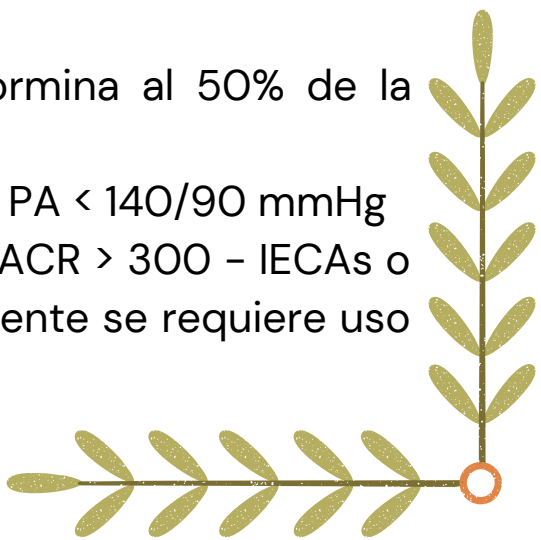
El tabaquismo, la obesidad, la hipertensión y la diabetes pueden llevar a una persona a desarrollar enfermedad renal; un paciente hipertenso o con Diabetes no controlada puede progresar rápida y fácilmente a enfermedad renal avanzada

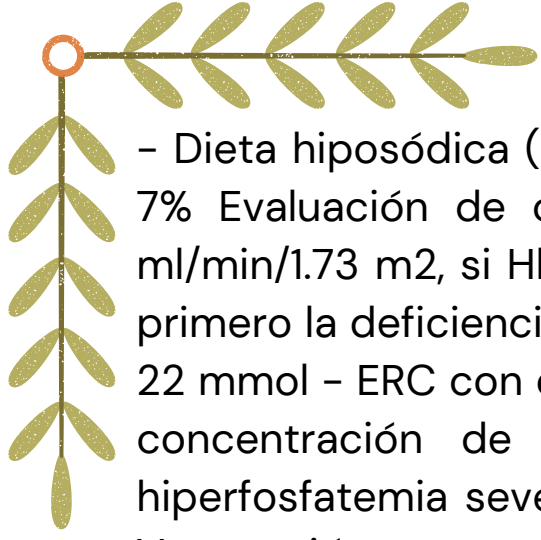




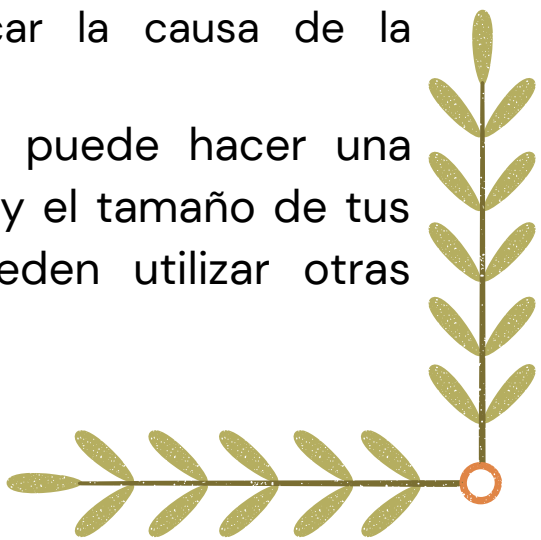
También constituye un riesgo importante la exposición a metales pesados, el consumo de alcohol en exceso, el tabaquismo, y el uso de analgésicos.

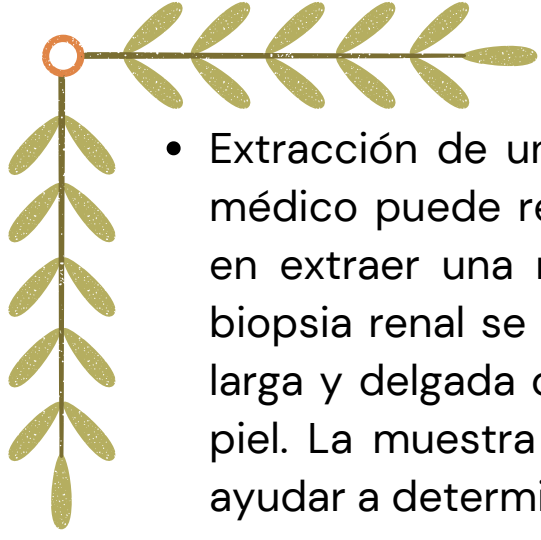
Factores que influyen en la probabilidad y en la tasa de progresión de enfermedad renal crónica que incluyen:

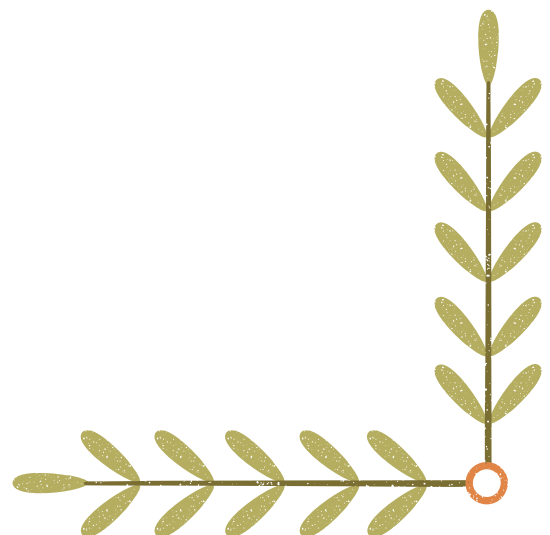
- Tasa de filtrado glomerular y la categoría de albuminuria
 - El grado de albuminuria
 - La causa de la enfermedad renal
 - La exposición continua a agentes nefrotóxicos
 - Obesidad
 - Hipertensión
 - Edad
 - Raza /origen étnico
 - Resultados de laboratorio como la hemoglobina, albúmina, calcio, fosfato
- Medidas no farmacológicas de nefroprotección: Ajustar dosis de medicamentos de acuerdo a TFG
- Reducir riesgo de LRA por estados hipovolémicos
 - Prevenir LRA por utilización de medio de contraste
 - - disminuir dosis o evitar medio de contraste
 - - Considerar utilizar solución salina isotónica, antes, durante y después del procedimiento.
 - - Aplazar la utilización de metformina, bloqueadores SRAA y diuréticos. TGF 45 a 60 ml/min/1.73m²
 - Evitar el uso prolongado de AINEs
 - Continuar metformina TFG 30 – 45 ml/min/1.73m²
 - Evitar uso prolongado de AINEs
 - Vigilancia estrecha del uso de metformina al 50% de la dosis. TFG < 30
 - Progresión ERC + complicaciones: Meta PA < 140/90 mmHg
 - Considerar meta TA < 130/80 mmHg si ACR > 300 – IECAs o ARA para HTA con ACR > 300 – usualmente se requiere uso de diurético
- 



- Dieta hiposódica (Na < 2000 mg/día) Diabetes Meta HbA1c < 7% Evaluación de complicaciones ERC - Anemia TFG > 30 ml/min/1.73 m², si Hb < 13 en hombres y < 12 en mujeres, tratar primero la deficiencia de hierro. - Acidosis- meta bicarbonato > 22 mmol - ERC con enfermedad mineral ósea Idealmente medir concentración de calcio, fósforo, vitamina D y PTHi. Si hiperfosfatemia severa y elevación de PTHi referir a nefrología. Vacunación contra influenza y neumococo. DIAGNOSTICO: Como primer paso para obtener un diagnóstico de enfermedad renal, tu médico analizará contigo tus antecedentes familiares y personales. Entre otros aspectos, tu médico puede preguntarte si tienes un diagnóstico de presión arterial alta, si tomas medicamentos que afecten la función renal, si notaste cambios en tus hábitos urinarios y si algún miembro de tu familia padece una enfermedad renal. A continuación, tu médico te realizará un examen físico y buscará señales de problemas en el corazón o los vasos sanguíneos. Además, llevará a cabo un examen neurológico. Para el diagnóstico de la enfermedad renal, es posible que también necesites algunos análisis y procedimientos para determinar la gravedad de la enfermedad renal (el estadio). Las pruebas podrían ser las siguientes:

- Análisis de sangre. Los análisis de la función renal permiten conocer el nivel de desechos, como los niveles de creatinina y urea, en tu sangre.
 - Análisis de orina. El análisis de una muestra de orina puede revelar anomalías que indiquen una insuficiencia renal crónica y puede ayudar a identificar la causa de la enfermedad renal crónica.
 - Pruebas por imágenes. Tu médico puede hacer una ecografía para evaluar la estructura y el tamaño de tus riñones. En algunos casos, se pueden utilizar otras pruebas por imágenes.
- 

- 
- Extracción de una muestra de tejido renal para análisis. El médico puede recomendar una biopsia renal, que consiste en extraer una muestra de tejido renal. Por lo general, la biopsia renal se realiza con anestesia local y con una aguja larga y delgada que se introduce en el riñón a través de tu piel. La muestra de la biopsia se envía al laboratorio para ayudar a determinar cuál es la causa de tu problema renal.





Bibliografía

Aimar MA, Pomiglio G, Baccaro F, Traverso M, Audisio J, De Feo P, Crivelli A, Flores Lazdín M. Progression of renal function in patients with chronic kidney disease on a low-protein diet supplemented with aminoacids and ketoanalogues]. *Nutr Hosp*. 2018 Apr 27;35(3):655–660. 2. Babitt JL, Lin HY. Mechanisms of anemia in CKD. *J Am Soc Nephrol*. 2012;23:1631–1634. 3. Baigent C, Landray MJ, Reith C, Emberson J, Wheeler DC, Tomson C, Wanner C, Krane V, Cass A, et al. The effects of lowering LDL cholesterol with simvastatin plus ezetimibe in patients with chronic kidney disease (Study of Heart and Renal Protection): a randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2011 Jun 25;377(9784):2181–92. 4. Bakris G, Glassock R, Nathan D, Forman J. Treatment of diabetic nephropathy. UpToDate. Literature review current through: Dec 2018. 5. Berns JS. Nutritional Management of Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med*. 2018 Feb 8;378(6):584. 6. Carville S, Wonderling D, Stevens P; Guideline Development Group. Early identification and management of chronic kidney disease in adults: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 2014 Jul 24;349:g4507. 7. Cases A, Egocheagab MI, Tranchec S, Pallarésd V, Ojeda R, Górriza JL, Portolésa JM. Anemia en la enfermedad renal crónica: protocolo de estudio, manejo y derivación a Nefrología. *Nefrología* 2018; 38(1):8–12 8. Catalá-López F, Macías Saint-Gerons D, González-Bermejo D, Rosano GM, Davis BR, Ridao M, Zaragoza A, Montero-Corominas D, Tobías A, de la Fuente-Honrubia C, Tabarés Seisdedos R, Hutton B. Cardiovascular and Renal Outcomes of Renin-Angiotensin System Blockade in Adult Patients with Diabetes Mellitus: A Systematic Review with Network MetaAnalyses. *PLoS Med*. 2016 Mar 8;13(3):e1001971. 9. Cortés-Sanabria L, Ayala-Cortés R. A., Calderón-García C. E., Silva-Ocegueda A. Retos y perspectivas de la enfermedad renal crónica en México: a propósito del día mundial del riñón, 2017. *RevSalJal*, Año 4, Número 1, Enero-Abril de 2017 10. De Franceschi L, Iolascon A, Taher A, Cappellini MD. Clinical management of iron deficiency anemia in adults: Systemic review on advances in diagnosis and treatment. *Eur J Intern Med*. 2017 Jul;42:16–23. 11. Diamandopoulos A, Goudas P, Arvanitis A. Comparison of estimated creatinine clearance among five formulae (Cockcroft-Gault, Jelliffe, Sanaka, simplified 4-variable MDRD and DAF) and the 24hours-urine-collection creatinine clearance. *Hippokratia*. 2010 Apr;14(2):98–104. 12. Dincer N, Dageel T, Afsar B, Covic A, Ortiz A, Kanbay M. The effect of chronic kidney disease on lipid metabolism. *Int Urol Nephrol*. 2018 Dec 5. 13. Fouque D, Laville M. Low protein diets for chronic kidney disease in non diabetic adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009 Jul 8;(3):CD001892. 14. Ghonemy TA, Farag SE, Soliman SA. Risk Factors of Progression of Chronic Kidney Disease Patients under Conservative Treatment. *Int J Res Med Sci* 2015;3:2734–9. 15. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Detección y el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Guía de Práctica Clínica sobre la Detección y el Manejo de la Enfermedad Renal Crónica. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud; 2016. Guías de Práctica Clínica en el SNS.

