



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“DIABETES MELLITUS TIPO 2”

DOCENTE: DR. ALFREDO LÓPEZ LÓPEZ.

MATERIA: MEDICINA INTERNA.

ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.

DIABETES MELLITUS TIPO 2.

CUADRO CLÍNICO.

FACTORES DE RIESGO.

- Factor genético.
- Sobrepeso.
- Obesidad.
- Sedentarismo.
- Alimentación inadecuada.
- ≥45 años de edad.
- Mujeres con antecedentes de productos macrosómicos (>4 kg) y/o con antecedentes obstétricos de diabetes gestacional.
- Personas con dislipidemias (colesterol HDL <40 mg/dl, triglicéridos ≥250 mg/dl).

¿Qué es?

Trastorno que se caracteriza por concentraciones elevadas de glucosa en sangre, debido a la deficiencia parcial en la producción o acción de la insulina.

Es responsable de la mayor parte de los casos de diabetes, alrededor del 90% al 95%.

No ocurre una destrucción autoinmunitaria de las células β.

Valores normales.

¿Qué es la resistencia a la insulina?

Consiste en la disminución de la capacidad de la hormona para actuar de manera efectiva sobre los tejidos blanco, en particular el músculo, el hígado y el tejido adiposo.

La diabetes mellitus es la primera causa de muerte a nivel nacional y se estima que la tasa de mortalidad crece 3% cada año.

Glucosa normal en ayuno: (<100mg/dL) se diagnosticó con (≥126 mg/dL)
Glucosa posprandial: Presencia de la concentración de glucosa capilar 2 horas después de la ingesta de alimento, inicia desde el momento de la ingerir el primer bocado (≤ 140 mg/dL), se diagnostica con (≥ 200 mg/dL).

La DM es un trastorno del metabolismo de los carbohidratos, las proteínas y las grasas, que deriva de un desequilibrio entre la disponibilidad y los requerimientos de insulina.

Los factores que contribuyen al desequilibrio incluyen:

- La reducción de la secreción de la insulina.
- La disminución del empleo de la glucosa.
- El aumento de la síntesis de glucosa.

- Polidipsia.
- Poliuria.
- Polifagia.
- Baja de peso.
- Fatiga.
- Letargia.
- Somnolencia.
- Pérdida de peso.
- Incontinencia urinaria.
- Perdas del plano de sustentación.
- Síntomas genitourinarios.
- Alteraciones del estado de conciencia.

¿Cuáles son los signos clínicos?

- Obesidad central (región superior del cuerpo) con aumento del perímetro abdominal.
- Acantosis nigricans.

DIAGNOSTICO.

- HbA1c ≥6,5%.
- GPP ≥126 mg/dl (7,0 mmol/l).
- Glucemia plasmática a las 2 h en una PTOG ≥200 mg/dl (11,1 mmol/l).

TRATAMIENTO

- No farmacológico.**
- Actividad física moderada (de duración mayor a 40 minutos/semana).
 - Dieta hipocalórica, baja en grasas.
 - Aprendizaje de técnicas de auto monitoreo.
 - Disminuye el colesterol LDL.
 - Aumenta el HDL colesterol.
 - Consumir alrededor de 14g de fibra por cada mil calorías.

Los medicamentos que pueden utilizarse son: sulfonilureas, biguanidas, insulinas, inhibidores de la alfa glucosidasa, tiazolidinedonas, glinidas, incretinas e inhibidores de la enzima dipeptidil peptidasa (DPP-4) o gliptinas.

Farmacológico.

- Tratamiento farmacológico con Metformina y cambios en el estilo de vida en pacientes con DM2 recién diagnosticada.
- 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.
- 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%.
- Personas relativamente jóvenes (30-50 años) no obesas: considerar la insulina en primera instancia si el control metabólico no es óptimo con dieta sola.

COMPLICACIONES.

AGUDO.

CRÓNICO.

- **Cetoacidosis diabética (CAD):** solo ocurre cuando las concentraciones de insulina son muy bajas.
- **Síndrome hiperglucémico hiperosmolar (SHH):** Ocurre en pacientes de edad avanzada con una deshidratación acusada y glucemias muy elevadas.
- **Acidosis láctica (AL):** cursa con taquipnea, deshidratación, dolor abdominal y grado variable de coma.
- **Hipoglucemia (HG):** se produce cuando el paciente retrasa el horario de una ingesta, realiza un ejercicio físico no habitual o cuando la dosis de insulina y la ingesta en hidratos de carbono no están bien equilibradas.

- **Enfermedad cardiovascular (EC):** Infarto de miocardio
- Accidentes cerebrovasculares (ACV)
- Enfermedad vascular periférica (EVP)
- **Retinopatía diabética (RD):** ceguera
- **Neuropatía periférica (NP).**
- **Nefropatía diabética (ND):** Insuficiencia renal
- **Pie diabético (PD):** úlceras en los pies, infección y, en última instancia, amputación

MANEJO.

MANEJO.

- **CAD:** corrección del desequilibrio hidroelectrolítico, normalización de la glucemia, restauración del equilibrio acidobásico, tratamiento de la causa precipitante.
- **SHH:** En las primeras horas del tratamiento puede utilizarse solución salina isotónica (0,9 g/dL de NaCl), Posteriormente, si el sodio plasmático corregido es normal o elevado, puede usarse solución salina 0,45 g/dL de NaCl si la presión arterial es normal.
- **AL:** Además de la reposición de agua y de electrolitos, parece razonable administrar bicarbonato
- **HG:** ajustar los horarios de alimentación, suplementar la dieta cuando se realizan ejercicios físicos extraordinarios y llevar un autocontrol regular.

- **EC:** El manejo multifactorial mediante el control estricto de todos los factores de riesgo cardiovasculares sigue siendo fundamental.
- **RD:** No hay un tratamiento específico, pero es posible evitar su progresión con un control de la glucemia y la HTA
- **NP:** control glucémico, controlar las parestesias y el dolor (antidepresivos tricíclicos, anticonvulsivantes, IRSN)
- **ND:** control de la glucemia y la hipertensión (IECA o ARA II)
- **PD:** Se debe mantener limpia, mediante desbridamiento mecánico temprano y repetido si es necesario, y cubierta por un apósito que controle el exceso de exudación y mantenga el medio húmedo