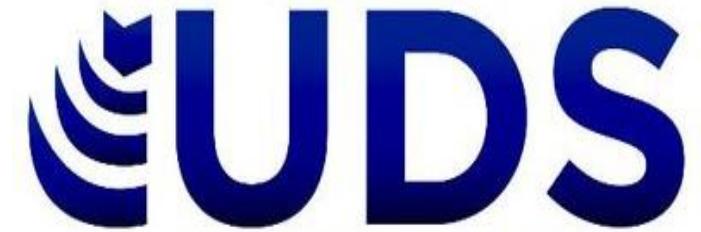


UNIVERSIDAD DEL SURESTE



“DIABETES MELLITUS TIPO 2”

ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ CELAYA

SEMESTRE: 5°

ASIGNATURA: MEDICINA INTERNA

CATEDRATICO: DR. ALFREDO LOPEZ LOPEZ

TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, 24 DE JUNIO DE 2020

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Diagnostico

El criterio básico para el diagnóstico es la hiperglucemia.

- Mediante la valoración de la glucemia basal en ayunas (8-12 h)
- La prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTGO)
- Hemoglobina glucosilada (HbA1c)

El diagnóstico de DM se establece mediante alguna de las opciones:

- Síntomas típicos: poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin motivo aparente o crisis hiperglucémica y una glucemia casual igual o superior a 200 mg/dl
- Glucemia en ayunas de 8 h o más igual o superior a 126 mg/dl
- Glucemia igual o superior a 200 mg/dl (11,1 mmol/L) a las 2 h de la sobrecarga de glucosa durante una PTGO.
- HbA1c superior o igual al 6,5%

En las personas asintomáticas es esencial tener al menos un resultado de confirmación en los supuestos b), c) y d).

Tratamiento

El manejo inicial se hará mediante medidas no farmacológicas, mismas que se deberán mantener durante todo el curso del tratamiento

- **Régimen alimentario** que conlleve a una ↓ de peso (al menos un 5 a 10% del peso corporal)
- **Actividad física** de tipo aeróbico, intensidad leve a moderada mínimo 30 minutos al día durante 5 veces a la semana

Definición

Enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo

Fisiopatología

Se presenta resistencia a la insulina y en forma concomitante una deficiencia en su producción, puede ser absoluta o relativa

Etiología

No es conocida y no hay destrucción autoinmune de las células beta

Diabetes mellitus de tipo 2 no asociada a obesidad

La diabetes mellitus del adulto de inicio juvenil (MODY) es una clase específica de diabetes con herencia monogénica que representa el 2% -5% de los pacientes con DM 2.

Incidencia y prevalencia

Mayores de 30 años y obesos.
Es la forma más prevalente de diabetes (90%-95%) y es de menor prevalencia en áreas rurales

Factores de riesgo

- Edad
- Sobrepeso y obesidad
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Etnia (raza negra)
- Bajo peso al nacer

Cuadro clínico

Pueden ser similares a los de la diabetes de tipo 1, pero son a menudo menos intensos.

- Poliuria
- Polidipsia
- Polifagia
- Pérdida de peso
- Astenia

- Necrobiosis lipoidea o dermatopatía diabética.
- Claudicación intermitente
- Disfunción eréctil
- Infecciones genitourinarias, respiratorias, periodontales
- Caries

- Cuando persiste hiperglucemia en ayuno, se puede iniciar con insulina nocturna de manera combinada con hipoglucemiantes orales de administración diurna
- Ante la falla de los antidiabéticos orales a dosis máximas, se utilizará insulina humana o análogo de insulina

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

- **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

Manejo de las complicaciones agudas

- **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

Complicaciones

Complicaciones agudas

Complicaciones crónicas

- **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 de las complicaciones crónicas

- **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

Prevención

- **Peso corporal saludable**
- **Realizar actividad física:** al menos 30 minutos de actividad regular de intensidad moderada la mayoría de los días
- **Consumir una dieta saludable:** que evite el azúcar y las grasas saturadas
- **Evitar el consumo de tabaco**