



UNIVERSIDAD DEL SURESTE



Licenciatura en Medicina Humana

DOCENTE:

DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN

ALUMNO:

LUIS ALBERTO ALVAREZ HERNANDEZ

MATERIA:

MEDICINA INTERNA

UNIDAD:

CUARTA

TEMA:

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a; 24 de junio del 2021.

DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se define como un desorden metabólico de causas múltiples caracterizado por la hiperglucemia crónica asociada a alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, proteínas y grasas, que se producen como consecuencia de defectos en la secreción de insulina o de su acción o de ambas cosas a la vez.

Etiología

- Resistencia a la insulina e intolerancia a la glucosa.
- Exceso de peso.
- Ingesta exagerada de alimentos.
- Falta de ejercicio.

Clasificación

Según el Comité de Expertos de la American Diabetes Association (ADA). Se clasifica en:

- **Diabetes de tipo 1:** corresponde a la previamente denominada insulino dependiente o de comienzo juvenil y constituye el 5%-10% de todas las formas de diabetes en el mundo occidental. Comprende la gran mayoría de los casos debidos a la destrucción de las células b de los islotes pancreáticos, que conduce a deficiencia absoluta de insulina. La forma autoinmunitaria se caracteriza por un inicio en general brusco, antes de los 30 años (aunque puede aparecer a cualquier edad), tendencia a la cetosis, ausencia de obesidad (aunque la presencia de obesidad no es incompatible con el diagnóstico), evidencia de fenómenos autoinmunitarios en su etiología y asociación con otras enfermedades autoinmunitarias, como enfermedad de Graves, tiroiditis de Hashimoto, enfermedad de Addison, vitíligo, hepatitis autoinmunitaria, miastenia grave, enfermedad celíaca y anemia perniciosa.
- **Diabetes de tipo 2:** conocida anteriormente como diabetes no insulino dependiente o de inicio en la edad adulta, es la forma más prevalente de diabetes (90%-95%) y el riesgo de desarrollarla aumenta, entre otros factores, con la edad, la obesidad y el sedentarismo. Resulta de la asociación de insulinoresistencia y secreción compensatoria deficiente de insulina, con posible predominio de uno u otro, aunque ambas condiciones son necesarias.

- **Diabetes gestacional:** Se trata de una alteración hidrocarbonada que es reconocida por primera vez durante la gestación, las mujeres previamente diabéticas que quedan embarazadas no deben incluirse en esta categoría. La International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG) recomendó que las mujeres con alto riesgo diagnosticadas en la visita prenatal inicial reciban el diagnóstico de diabetes sin más.

Fisiopatología

La DM 2 se caracteriza por secreción alterada de insulina, resistencia a la insulina, producción hepática excesiva de glucosa y metabolismo anormal de la grasa. En las etapas iniciales del trastorno, la tolerancia a la glucosa se mantiene casi normal, a pesar de la resistencia a la insulina, porque las células β del páncreas compensan mediante el incremento en la producción de insulina.

Conforme avanzan la resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensatoria, los islotes pancreáticos de ciertas personas son incapaces de mantener el estado hiperinsulinémico. Entonces aparece la IGT, caracterizada por aumentos en la glucosa posprandial. Un descenso adicional en la secreción de insulina y un incremento en la producción hepática de glucosa conducen a la diabetes manifiesta con hiperglucemia en ayuno.

Al final sobreviene la falla celular β . Aunque tanto la resistencia a la insulina como la secreción alterada de insulina contribuyen a la patogenia de la DM tipo 2, la contribución relativa de cada una varía de una persona a otra.

Cuadro clínico

- Asintomática.
- Puede aparecer cetoacidosis grave de inicio relativamente súbito.
- Pérdida de peso.
- Trastornos visuales de acomodación.
- Poliuria.
- Polidipsia.
- Polifagia suele estar menos presente.
- Fatiga.
- Mala cicatrización de heridas.
- Parestesias.

Criterios diagnósticos de la ADA (Asociación Americana de la Diabetes)

- **Glucosa en ayuno** ≥ 126 mg/dL (no haber tenido ingesta calórica en las últimas 8 horas).
- **Glucosa plasmática** a las 2 horas de ≥ 200 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba deberá ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua.
- **Hemoglobina glucosilada (A1C)** $\geq 6.5\%$. Esta prueba debe realizarse en laboratorios certificados de acuerdo a los estándares de A1C del DCCT*.
- **Paciente con síntomas clásicos** de hiperglicemia o crisis hiperglucémica con una glucosa al azar ≥ 200 mg/dL.

Criterios diagnósticos para PREDIABETES ADA

- **Glucosa en ayuno** 100 a 125 mg/dL.
- **Glucosa plasmática** a las 2 horas de 140 a 199 mg/dL durante una prueba oral de tolerancia a la glucosa. La prueba debe ser realizada con una carga de 75 gramos de glucosa disuelta en agua.
- **Hemoglobina glucosilada (A1C)** 5.7 a 6.4%.

Tratamientos

- Control de la glucosa plasmática.
- Nutrición.
- Ejercicio.
- Hipoglucemiantes orales.
- Insulina o una combinación de fármacos orales e insulina.