



Universidad del sureste
Campus Comitán
Licenciatura en Medicina Humana

Cuadro sobre diabetes

Carlos Rodrigo Velasco Vázquez

Grupo "B"

Quinto semestre

Medicina Interna

**Docente: Dr. Gerardo Cancino
Gordillo**

Comitán de Domínguez Chiapas a 19 de noviembre de 2023

Diabetes tipo 2	
Manifestaciones clínicas	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso involuntaria. - Poliuria: producción de orina mayor a 3 litros por día - Polifagia: una persona que come cantidades excesivas de alimento. - Polidipsia: aumento anormal de la sed y que genera a consumir grandes cantidades de líquidos. - Fatiga frecuente. - Irritabilidad. - Boca seca. - Dolor quemante. - Entumecimiento de los pies. - Comezón. - Hipoglucemia reactiva. - Acantosis nigricans: es la presencia de manchas negras aterciopeladas en el cuello, axilas o ingles. - Disminución de la visión. - Disfunción eréctil. - Letargo. - Estupor. - Respiración de Kussmaul. - Hedor cetónico. - Glicosuria. - Infecciones recurrentes: especialmente en el área genital, vía urinaria, piel, boca y retraso en la curación de heridas.
Criterios diagnósticos	
Criterios para realizar las pruebas diagnosticas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se debe considerar la realización de pruebas en adultos con sobrepeso u obesidad (IMC > 25 kgm²); en personas que tengan más o uno de los siguientes factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> - Familiar de primer grado con diabetes. - Raza/origen étnico de alto riesgo. - Historia de enfermedad cardiovascular. - Hipertensión. - Nivel de colesterol alto. - Individuos con síndrome de ovario poliquístico. - Inactividad física. 2. Personas con prediabetes se deben hacer la prueba anualmente.

	<p>3. Personas que se les diagnosticó diabetes mellitus gestacional deben hacerse la prueba cada 3 años.</p> <p>4. Pruebas a partir de los 35 años.</p>
	<p>Prediabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina glucosilada: 5.4 – 6.4 % (39-47 mmol/mol/L). - Glucosa en plasma en ayunas: 100-125 mg/dL - Glucemia dos horas después de sobrecarga de 75 gramos: 140-199 mg/dL <p>Diabetes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hemoglobina glucosilada: mayor o igual a 6.5% - Glucosa en plasma en ayunas: mayor o igual a 126 mg/dL - Glucemia dos horas después de sobrecarga de 75 gramos: mayor o igual a 200 mg/dL - Glucemia al azar: mayor o igual a 200 mg/dL <ul style="list-style-type: none"> - Se recomienda utilizar la hemoglobina glucosilada para confirmar el diagnóstico de diabetes tipo 2 en pacientes que dieron positivo en una prueba de tamizaje. - Obtener valores positivos en dos o más pruebas confirma el diagnóstico de diabetes tipo 2.
<p>Complicaciones de la diabetes</p>	<p>Neuropatía</p> <ul style="list-style-type: none"> - La neuropatía diabética (ND) es la complicación sintomática más frecuente en pacientes con DT2. Está presente en más del 10% de los pacientes al diagnóstico y en hasta el 50% tras 10 años de evolución de la enfermedad. Es el principal factor de riesgo para el desarrollo de úlceras y, por tanto, de amputaciones, ya que más del 75% de las amputaciones de miembros inferiores están precedidas por la aparición de lesiones. - Característicamente, la polineuropatía sensitiva crónica afecta inicialmente a las extremidades inferiores en la parte más distal, es decir, los pies, y progresa proximalmente. En más del 80% de los

casos esta patología es asintomática. Los síntomas sensitivos se clasifican tradicionalmente en «positivos» y «negativos». Los síntomas «positivos» (parestias, disestesias, hiperalgesia, alodinia y dolor urente) son aquellos que no se asocian a mayor riesgo de desarrollar lesiones, y los «negativos» (hipoestesia, hipoalgesia y anestesia) son los que sí aumentan el riesgo de presentar úlceras.

Nefropatía

- La nefropatía diabética constituye una de las complicaciones más invalidantes de la diabetes mellitus. Los principales factores de riesgo modificables para la aparición de nefropatía diabética son el mal control de la glicemia, la hipertensión arterial, la presencia de microalbuminuria y la activación del sistema renina-angiotensina – aldosterona.
- En la historia natural de la nefropatía diabética, hay un período sub clínico que se caracteriza por la presencia de microalbuminuria. El reconocimiento temprano de la microalbuminuria permite frenar o disminuir la velocidad de progresión hacia la nefropatía diabética clínica. Si permanece inadvertida, la enfermedad regularmente progresa hacia la insuficiencia renal. Una proporción elevada de los pacientes puede fallecer antes de requerir una terapia de reemplazo renal, especialmente por enfermedad cardiovascular. Actualmente la nefropatía diabética constituye la causa más frecuente de ingreso a tratamiento de diálisis.
- Desde el punto de vista de la anatomía patológica las características más tempranas de la nefropatía diabética son el engrosamiento de la membrana basal glomerular a lo que se sigue el aumento de volumen tanto de la matriz mesangial como de los glomérulos.

Disfunción gastrointestinal

	<ul style="list-style-type: none">- La DM se asocia, hasta en un 75% de los pacientes, a síntomas gastrointestinales como náuseas, distensión y dolor abdominal, diarrea, estreñimiento y enlentecimiento del vaciamiento gástrico. Además, las alteraciones de la motilidad provocan sobrecrecimiento de la flora bacteriana, lo que agrava el problema, pues puede ocasionar hinchazón, diarrea o dolor abdominal, así como malabsorción, e incluso alterar la estructura morfológica intestinal, tanto micro como macroscópica (8). De todas las alteraciones la mejor conocida es la gastroparesia (9). Se observa tanto en la DM 1 como en la DM 2, en pacientes con y sin complicaciones asociadas de la diabetes, y puede ocurrir hasta en el 50% de los enfermos.- La DM es la causa más común de neuropatía autonómica y contribuye a los síntomas GI, incluyendo la motilidad intestinal anormal. El diagnóstico de la neuropatía autonómica GI no es fácil pues puede afectar tanto a la inervación intrínseca (neuropatía entérica asociada a la DM), que es difícil de valorar (requiere muestras que incluyan los plexos entéricos), como extrínseca y, en este caso, las alteraciones cardiovasculares tienen poco valor en la predicción de trastornos motores del tracto GI. De hecho, gran parte de la información disponible sobre esta neuropatía se ha obtenido en modelos animales de diabetes, por lo que conviene repasar los estudios realizados en dichos modelos.
	<p>Complicaciones genitourinarias</p> <ul style="list-style-type: none">- La diabetes puede causar daño en los nervios de las vías urinarias, y por ende, problemas de la vejiga. El sobrepeso y la obesidad también pueden aumentar los problemas de la vejiga, como la incontinencia urinaria. Controlar la

	<p>diabetes es una parte importante de la prevención de los problemas que pueden causar un exceso de micción.</p> <ul style="list-style-type: none">- Micción frecuente y urgente Algunas personas con diabetes que regularmente tienen concentraciones altas de glucosa en la sangre tal vez tengan que orinar con mucha frecuencia, lo que se conoce como frecuencia urinaria. Incluso los hombres y las mujeres con diabetes que mantienen sus concentraciones de glucosa en la sangre dentro de su rango objetivo a veces sienten una urgencia repentina de orinar, lo que se conoce como incontinencia de urgencia. Esto puede suceder en la noche también.- Problemas de micción Tal vez el paciente descubra que la diabetes hace que ya no sienta cuando la vejiga está llena. Muchas personas con diabetes informan que tienen problemas de micción. Con el tiempo, tener la vejiga demasiado llena puede causar daño en los músculos de la vejiga que expulsan la orina. Cuando estos músculos no funcionan correctamente, la orina puede permanecer demasiado tiempo en la vejiga, lo que se conoce como retención urinaria.- Escape de orina Las personas con diabetes son más propensas a desarrollar otros tipos de incontinencia urinaria, como la incontinencia de esfuerzo. Los daños en los nervios, la obesidad y las infecciones de la vejiga, que están vinculados con la diabetes, a menudo están relacionados con los problemas de control de la vejiga. El escape de orina puede hacer que el paciente evite las actividades que antes disfrutaba, incluso las relaciones sexuales. <p>Infecciones del tracto gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none">- Las infecciones del tracto urinario ocurren con mayor frecuencia en pacientes diabéticos que en la población general, con un riesgo
--	---

relativo que varía de 1,5 a 4, dependiendo del tipo de infección. Entre los factores de riesgo que favorecen la mayor incidencia de infecciones del tracto urinario en pacientes con diabetes se han mencionado: género, glucosuria (que podría facilitar la proliferación bacteriana en la orina), edad avanzada, disfunción inmune, Urotelio modificado (que da lugar a una mayor adhesión bacteriana a las fimbrias tipo I de E. coli) y disfunción neurológica crónica de la vejiga; sin embargo, las causas que determinan la mayor incidencia de infección urinaria en los diabéticos son todavía motivo de controversia.

- La presentación clínica, epidemiología bacteriana y tratamiento de las infecciones del tracto urinario en pacientes diabéticos son similares a los de la población general. En consecuencia, recientemente, se ha retirado la diabetes mellitus de la lista de criterios que definen una infección del tracto urinario como complicada.