

Repasando el Diagnóstico de Diabetes y Entidades Asociadas

Presentación realizada por la

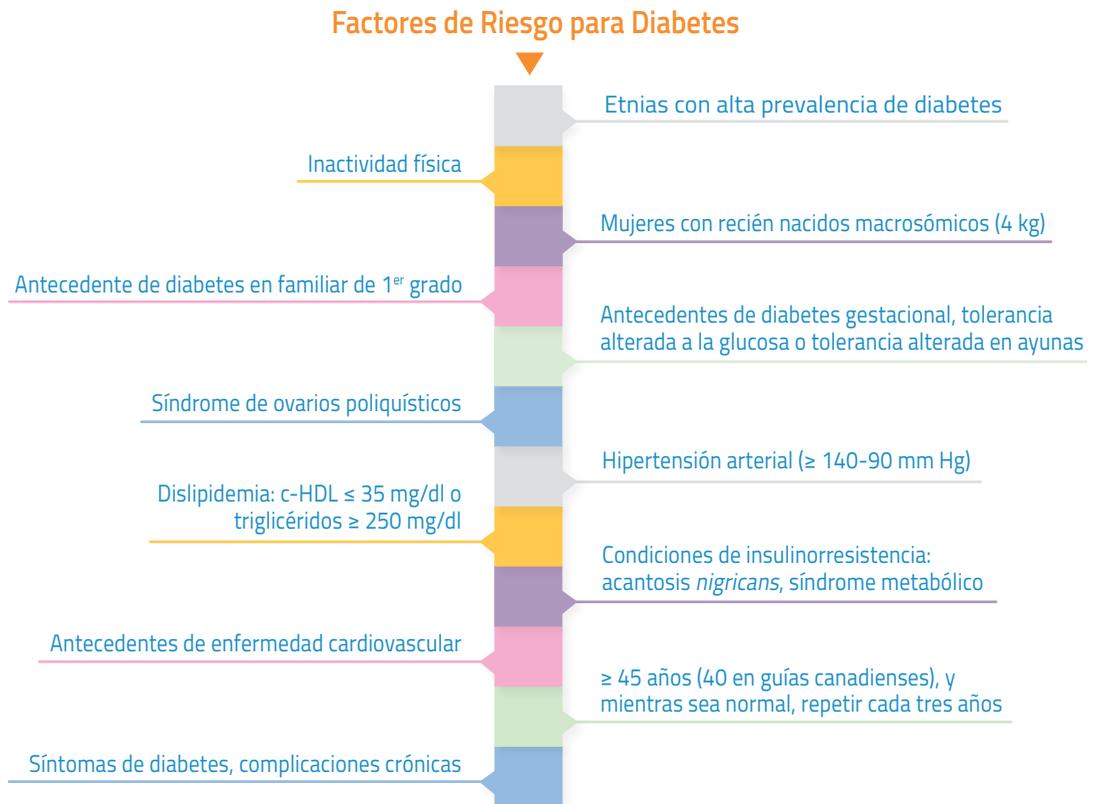


Dra. Solange Houssay

Docente Adscripta en la Cátedra de
Nutrición Clínica, Universidad de Buenos
Aires, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

1

Pesquisa de diabetes mellitus en adultos: en la diabetes mellitus tipo 1 (DBT1) no se recomienda *screening* por la ausencia de medidas preventivas efectivas. En la diabetes mellitus tipo 2 (DBT2) no hay indicación para *screening* poblacional, solo en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV) y factores de riesgo para DBT2: obesidad (índice de masa corporal [IMC] ≥ 30 kg/m²) o sobrepeso (IMC ≥ 25 kg/m²), asociado con:



2

Pesquisa de diabetes mellitus en niños: se efectúa la pesquisa si hay sobrepeso u obesidad (IMC en percentil ≥ 85 para edad y sexo, peso para la talla en percentil ≥ 85 o peso en 120% del ideal para la talla), más dos factores de riesgo de los descritos en la Tabla.

⊙ Antecedente familiar de DBT2 en 1 ^{er} o 2 ^{do} grado.
⊙ Raza/etnia de alta prevalencia (nativos de América, afroamericanos, latinos, asiáticos-americanos, habitantes de las islas del Pacífico).
⊙ Signos de insulinoresistencia o condiciones asociadas con ella (acantosis <i>nigricans</i> , hipertensión arterial, dislipidemia o síndrome de ovarios poliquísticos).
⊙ Antecedente materno de diabetes gestacional.

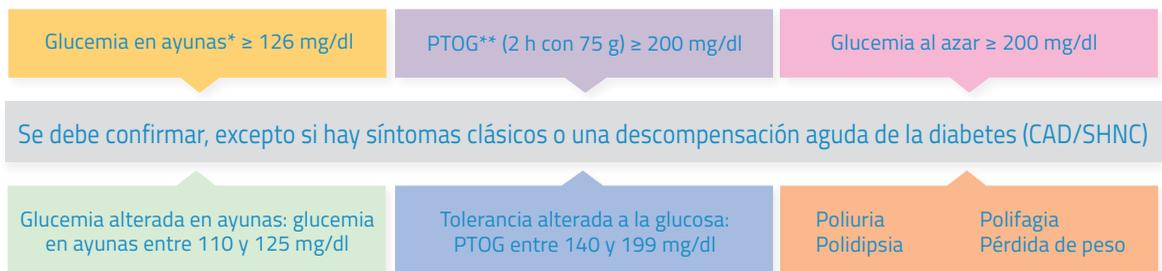
3

Pesquisa de diabetes mellitus en el embarazo: determinar glucemia en ayunas en la visita inicial; si el resultado es ≥ 126 mg/dl se trata de DBT2 pregestacional. Si la glucemia está entre 100 y 126 mg/dl, se debe repetir a la semana; si a la semana continúa ≥ 100 mg/dl se efectúa el diagnóstico. Si el resultado es normal, se debe realizar prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG) entre las semanas 24 y 28; si es normal, se debe repetir a las 32-34 semanas si la paciente tiene factores de riesgo. Si el resultado es ≥ 140 mg/dl, se efectúa diagnóstico de diabetes gestacional.



4

Diagnóstico de diabetes mellitus y de disglucemia (glucemia alterada en ayunas y tolerancia alterada a la glucosa).



* La glucemia en ayunas se debe repetir si el resultado es ≥ 126 mg/dl para confirmar el diagnóstico de diabetes.

**La PTOG se realiza con carga de 75 g en 250 ml de agua.

PTOG, prueba de tolerancia oral a la glucosa; CAD, cetoacidosis diabética; SHNC, síndrome hiperglucémico hiperosmolar no cetósico.

Adaptado de Litwak *et al.*, 2007.²

5

Los pacientes con glucemia alterada en ayunas o tolerancia alterada a la glucosa deben tener *screening* anual, o por lo menos cada 3 años, porque uno de 4 individuos desarrollará diabetes en los próximos años. Si están presentes ambas alteraciones, el riesgo para presentar diabetes es de una persona o una cada dos en los próximos 5 a 10 años.

6

En mujeres con diabetes gestacional se debe hacer recategorización al mes de nacida la descendencia, y si el resultado es normal, se debe repetir la PTOG cada tres años.

7

Otros tipos de diabetes: según la clasificación de diabetes, existen varios tipos de esta enfermedad además de la DBT2, las cuales tienen características particulares (véase Tabla).

Clasificación de la diabetes mellitus

Diabetes tipo 1
Inmunomediada (la más frecuente en niños)
Idiopática II
Diabetes tipo 2
Otros tipo específicos
Defectos genéticos de la célula beta pancreática
Defectos genéticos en la acción de la insulina
Enfermedades del páncreas exocrino: pancreatitis, neoplasia, etc.
Endocrinopatías: acromegalia, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, etc.
Inducida química o farmacológicamente: glucocorticoides, hormona tiroidea, agonistas beta adrenérgicos, tiazidas, interferón, etc.
Infecciones: rubéola congénita, citomegalovirus, etc.
Formas raras de diabetes inmunomediada
Otros síndromes genéticos a veces asociados con diabetes: síndrome de Down, porfiria, etc.
Diabetes gestacional

Nota: Los pacientes con cualquier forma de diabetes pueden requerir, en cualquier momento, tratamiento con insulina. El uso de insulina, por sí mismo, no clasifica al paciente.

Adaptado de Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes-2019.³

8

La DBT2 representa entre el 90% al 95% de los nuevos casos de diabetes. Es insidiosa, asintomática, y generalmente presente en mayores de 40 años con sobrepeso u obesidad y con factores de riesgo cardiovascular. Su fisiopatogenia se caracteriza por insulinoresistencia y disfunción de la célula beta.

9

La DBT1 es responsable del 5% al 10% de los nuevos casos, y suele presentarse en pacientes menores de 40 años con normopeso, de forma aguda con síntomas clásicos. En su fisiopatogenia se presenta destrucción de células beta, con insulinopenia y péptido C indetectable o reducido. El antecedente familiar es poco probable; se asocia con otras enfermedades autoinmunes (hipotiroidismo, celiaquía, cirrosis biliar primaria, etc.). Ante la duda diagnóstica, se solicitan anticuerpos dirigidos contra la célula beta.

10

Diabetes tipo MODY: es una diabetes de comienzo en adultos jóvenes, menores de 25 años, no obesos. Hay un patrón de herencia autosómico dominante que lleva a una alteración de la secreción de insulina, con pocos defectos en su acción. Analíticamente existe preservación del péptido C y ausencia de autoinmunidad. La clínica depende de la mutación responsable; en la MODY II existe hiperglucemia ligera en ayunas que, en general, no requiere tratamiento y no tiene complicaciones; por su parte, en la MODY III el paciente requiere insulina y puede presentar complicaciones.

11

Diabetes tipo LADA: es la diabetes autoinmune de aparición en personas adultas (> 40 años). Clínica similar a la DBT1, pero con una clínica más lenta y progresiva.



Diabetes gestacional: riesgo durante el embarazo y para la salud de la madre y el feto. Está presente entre el 1% al 14% de los embarazos y corresponde al 90% de todas las diabetes de este estado.

Bibliografía

1. Mayer-Davis EJ, Kahkoska AR, Jefferies C, et al. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatr Diabetes* 19(Suppl 27):7-19, Oct 2018.

2. Litwak L, Carreño N, Carnero R, Dain A, Grosembacher L, Musso C, et al. Monitoreo continuo de glucosa: indicaciones, interpretación de datos y toma de decisiones terapéuticas. *Rev Soc Arg Diabetes* 41(3):96-104, 2007.

3. Professional Practice Committee: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care* 42(Supplement 1):S3, Ene 2019. <https://doi.org/10.2337/dc19-SppC01>

DIAMICRON® MR 60

GLICLAZIDA



Tu compañero de
confianza

para el Tratamiento Esencial de la DT2

✓
Control Glucémico Eficaz: 4 de cada 5 pacientes bajo control en el largo plazo¹

✓
Muy bajo riesgo de hipoglucemia: similar a iDPP4² y el más bajo de su clase³

✓
Seguridad cardiovascular¹

✓
Protección renal en todas las instancias de la diabetes tipo 2⁴

Una toma diaria de hasta 120 mg

30
COMPRIMIDOS

60
COMPRIMIDOS



DIAMICRON MR 60 - Glizidaza 60 mg - Comprimidos de liberación modificada. Acción terapéutica: Antidiabético oral. Sulfonamidas. Composición: Cada comprimido de liberación modificada contiene Glizidaza 60 mg. Excipientes: Lactosa monohidrato, Hipromelosa, Maltodextrina, Estearato de Magnesio, Sílice coloidal anhidra. Indicaciones terapéuticas: Diabetes no insulina-dependiente (tipo 2) en el adulto cuando el régimen alimenticio, el ejercicio físico y la reducción ponderal solos, no son suficientes para restablecer el equilibrio glucémico. Posología y modo de administración: Vía oral. Dosis según criterio médico. Orientativa: En el adulto la dosis diaria puede variar de medio a 2 comprimidos (30 a 120mg) en una sola toma. Se recomienda tomar el medicamento con el desayuno. Se recomienda tragar el medio o el/los comprimido/s enteros/s, sin masticar ni desintegrar en caso de olvido de una dosis, no se debe aumentar la dosis del día siguiente. Como para todo fármaco hipoglucemiante, la posología debe ajustarse según la respuesta metabólica individual del paciente (glucemia, HbA1c). Dosis inicial recomendada es de 30 mg diarios (medio comprimido). No se deberán superar los 120 mg diarios (dosis máxima recomendada). La posibilidad de partir un comprimido de 60 mg permite el uso de dosis de 30 mg con medio comprimido, de 90 mg con un comprimido y medio, y de 120mg con dos comprimidos. Reacciones adversas: Hipoglucemias con síntomas tales como cefaleas, hambre intenso, náuseas, vómitos, cansancio, trastornos del sueño, agitación, agresividad, disminución de la concentración, de la vigilancia y las reacciones, depresiones, confusión, trastornos visuales y del habla, afasia, temblores, parestia, trastornos sensoriales, vértigos, sensación de impotencia, pérdida del dominio de sí mismo, delirio, convulsiones, respiración superficial, bradicardia, somnolencia y pérdida del conocimiento pudiendo llegar hasta la coma y muerte. Pueden observarse signos de contrebregulación adrenérgica: sudoración, piel húmeda, ansiedad, taquicardia hipertensión, palpitaciones, angina de pecho y arritmia cardíaca. Los síntomas desaparecen generalmente al ingerir hidratos de carbono (glúcidos). En caso de hipoglucemia grave o prolongada, se puede imponer un tratamiento médico e incluso una hospitalización. Otras reacciones adversas: Se han registrado trastornos digestivos como dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea y constipación. Se han comunicado con menor frecuencia las siguientes reacciones adversas: reacciones cutáneas y subcutáneas: erupción cutánea, prurito, urticaria, angioedema, eritema, erupción maculopapular; reacciones ampulosas (como el síndrome de Stevens Johnson y la necrólisis epidérmica tóxica) y excepcionalmente, erupción cutánea con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS). Reacciones raras: Alteraciones hematológicas: anemia, leucopenia, trombocitopenia, granulocitopenia. Alteraciones hepatobiliares: Aumento de las enzimas hepáticas, hepatitis (excepcionalmente). Interrumpir el tratamiento en caso de ictericia colestásica. Alteraciones oculares: La clase se han descrito casos de entropionia, agranulocitosis, anemia hemolítica, pancitopenia y vasculitis alérgica, hiponatremia, niveles elevados de las enzimas hepáticas, insuficiencia hepática (ej. colestasis ictericia) e incluso hepatitis; estas remitieron luego de la interrupción del tratamiento o progresaron a insuficiencia hepática con amenaza vital en casos aislados. Contraindicaciones: Este medicamento está contraindicado en casos de hipersensibilidad a la glizidaza, a otras sulfonilureas, a las sulfamidas o a algunos de los excipientes utilizados; diabetes tipo 1, cetoadidosis diabética, precoma o coma diabético, insuficiencia renal o hepática graves. (En estos casos se recomienda recurrir a la insulina); tratamiento con miconazol, lactancia. Este medicamento está generalmente desaconsejado en asociación con fenilbutazona y danazol. Embarazo: No hay datos o estos son limitados (datos en menos de 300 embarazos) relativos al uso de glizidaza durante el embarazo. Como medida de precaución, es preferible evitar el uso de glizidaza durante el embarazo. No se recomienda el uso de hipoglucemiantes orales, dado que la insulina es la droga de primera elección para el tratamiento de diabetes durante el embarazo. Lactancia: A falta de datos sobre el paso a la leche materna y considerando el riesgo de hipoglucemia neonatal, la glizidaza está contraindicada en madres lactantes. No se puede excluir el riesgo en recién nacidos/hijos. Fertilidad: No se observaron efectos sobre la fertilidad en ratas hembras y machos. Presentación: Envases: conteniendo 30 y 60 comprimidos de liberación modificada. Industria Francesa. Venta bajo receta. Ante la eventualidad de una sobredosificación concurrir al hospital más cercano o comunicarse con los centros de toxicología. Hospital de Pediatría Ricardo Gutiérrez, tel. (011) 4962-6666/7247. Hospital Posadas, tel. (011) 4654-6648/4638-7777 otro centro de intoxicación. Conservar a temperatura no mayor de 30°C en su envase original. Medicamento autorizado por el Ministerio de Salud Cert. N° 36.246. SERVIER ARGENTINA S.A. Av. Castañares 3222 (C1400HS) C.A.B.A., Argentina. Tel: 0800-777-SERVIER (7378437) Directora Técnica: Nayla Sabatella (farmacéutica) www.servier.com. Última versión: Octubre 2020. 1. Patel A. et al. Advance Collaborative Group. N Engl J Med. 2008. 358(24) 2560-2572. 2. Al Sifri et al. Int J Clin Pract 2011;11:1132-1140. 3. Schopman JE et al. Diabetes Metab Res Rev. 2014;30:11-22. 4. Wong et al. Diabetes Care. 2016.

