

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

**Diagnóstico, metas de control ambulatorio
y referencia oportuna de la
DIABETES MELLITUS TIPO 2
en el primer nivel de atención**

Guía de referencia rápida

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **SSA-093-08**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

CIE -10: E00-E90 Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. E11 Diabetes no insulino dependiente (tipo 2)

GPC: Diagnóstico, metas de control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención

Definición

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, y que se caracteriza por hiperglucemia crónica debido a la deficiencia en la producción o acción de la insulina, lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas.

Factores de riesgo

Los factores de riesgo identificados para el desarrollo de diabetes tipo 2 son:

1. Parentesco de primer grado con personas con diabetes mellitus 2
2. Edad mayor de 45 años
3. Intolerancia a la glucosa
4. Mujeres con historia de diabetes gestacional, complicaciones gineco-obstétricas o embarazo con un producto al nacer mayor de cuatro kilogramos de peso
5. Síndrome de hiperestimulación androgénica y anovulación crónica (síndrome de ovarios poliquísticos)
6. Albuminuria
7. Acantosis nigricans
8. Obesidad abdominal: perímetro de la cintura mayor de 80 cm en la mujer y mayor de 90 cm en el hombre
9. Síndrome metabólico
10. Sobrepeso (índice de masa corporal mayor de 25 Kg/m²)

Las siguientes condiciones se asocian con la presencia de diabetes mellitus 2:

1. Hipertensión arterial sistémica previa, con presión arterial igual o mayor de 140/90 mmHg.
2. Colesterol-HDL menor de 35 mg/dl o triglicéridos séricos de 250 mg/dl o más.
3. Hiperuricemia
4. Cardiopatía isquémica u otra enfermedad cardiovascular
5. Insuficiencia arterial de miembros inferiores
6. Neuropatías periféricas

Síntomas y signos

Poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso, pero los pacientes pueden cursar asintomáticos y tener hiperglucemia.

En ocasiones hay síntomas inespecíficos, como mal estado general o bien pueden referir infecciones urinarias, vaginales y periodontales de repetición.

Se deben buscar intencionadamente los síntomas de las complicaciones tardías:

- Neuropatía: dolor ardoroso en miembros inferiores, parestesias, diarreas, estreñimiento, mareo al cambio de posición, palpitations, impotencia sexual.

- Nefropatía: orina espumosa, deterioro reciente de la presión arterial o de los lípidos séricos, edema palpebral.
- Retinopatía: disminución de la agudeza visual.
- Cardiopatía isquémica: dolor precordial, disnea de esfuerzo.
- Enfermedad vascular cerebral: mareos, episodios transitorios de debilidad en alguna extremidad.
- Enfermedad vascular de miembros inferiores.
- Presencia de claudicación intermitente o dolor ardoroso en piernas durante la noche que disminuye al bajar las piernas.
- la exploración de la sensibilidad superficial (con el microfilamento) y profunda,
- el color de la piel (descartar hipoperfusión periférica)
- el estado de alerta.

Prevención primaria: promoción de la salud Adecuación del estilo de vida.

Informar al paciente sobre los factores de riesgo asociados con la diabetes mellitus tipo 2, su prevención mediante dieta y actividad física (30 minutos diarios cinco días a la semana), sobre su presentación clínica y sobre las complicaciones potenciales en caso de presentarse la enfermedad y no lograrse su control.

Prevención secundaria

Realizar una historia clínica y una exploración física completas e investigue factores de riesgo para diabetes mellitus tipo 2 o complicaciones potenciales, agudas o crónicas.

Detección oportuna de diabetes mellitus tipo 2

En todos los pacientes con sobrepeso (≥ 25 kg /m² de índice de masa corporal) y la presencia de algún otro factor de riesgo, se debe realizar detección de diabetes mellitus tipo 2. En caso de obtener un resultado normal, repetir la detección al menos cada tres años, considerando intervalos menores de acuerdo con los resultados iniciales y los cambios en la situación de riesgo.

Es recomendable investigar rutinaria y periódicamente en el nivel primario de atención, la presencia de los factores de riesgo y las condiciones asociadas con la diabetes mellitus tipo 2 (antes mencionados) para poder realizar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas pertinentes.

Exploración física

Debe realizarse en forma completa y se debe incluir:

- la temperatura corporal,
- la frecuencia cardíaca,
- la frecuencia y el tipo de respiración,
- la presión arterial, en posición sedente y de pie ,
- el peso,
- la estatura,
- el perímetro de cintura,
- la evaluación del fondo de ojo,
- el examen de la boca (descartar periodontitis, aliento cetónico),
- el cuello (descartar bocio),
- soplos carotídeos y cardíacos,
- visceromegalias (descartar retención vesical de orina),
- la inspección de los pies (descartar alteraciones en la forma, lesiones o úlceras en las plantas de los pies tobillos o piernas, micosis o cualquier otra infección local),
- la palpación de pulsos arteriales periféricos en miembros inferiores,

Estudios de laboratorio

Criterios diagnósticos:

- Glucemia plasmática en ayuno > 126 mg/dl.
- Glucemia plasmática a cualquier hora del día, independientemente del tiempo transcurrido desde la última toma de alimentos, con un resultado ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/l) y acompañado de síntomas clásicos de hiperglucemia: poliuria, polidipsia y pérdida de peso sin otra explicación.
- Una glucemia plasmática ≥ 200 mg/dl a las dos horas durante una prueba de tolerancia a la glucosa, con carga inicial de glucosa conteniendo el equivalente a 75 gramos de glucosa anhidra disuelta en agua.
- Es recomendable repetir la prueba que resulte positiva, para confirmar el diagnóstico.
- No se recomienda el empleo de la glucemia capilar o de la hemoglobina glucosilada (Hb1Ac) para confirmar el diagnóstico.

Objetivos del control glucémico

Disminuir la hemoglobina glucosilada por debajo de 7% es un objetivo de tratamiento en adultos no embarazados.

Otras metas recomendadas para el control de la glucemia en diabéticos adultos no embarazados son:

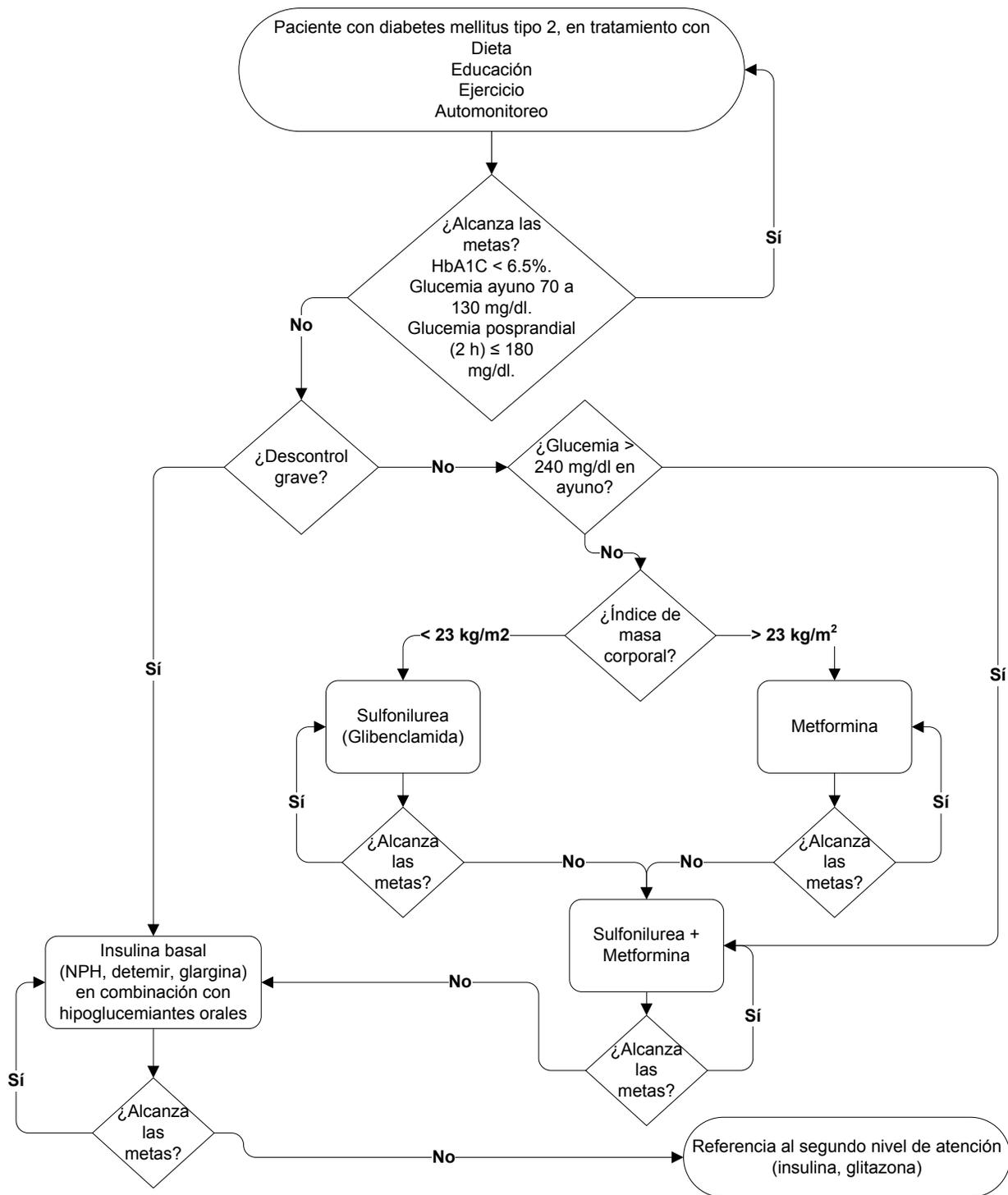
- Glucosa preprandial capilar: 70 a 130 mg/dl (3.9 a 7.2 mmol/l).
- Glucosa posprandial pico capilar: < 180 mg/dl.

Criterios de referencia

Pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 más:

- Falla para alcanzar las metas de control, a pesar del tratamiento farmacológico.
- Presencia de descompensación (cetoacidosis, estado hiperosmolar hiperglucémico, hipoglucemia) o complicación aguda.
- Requerimiento de intensificación de la terapia con insulina (insulina basal más bolo suplementario).
- Infección aguda.
- Albuminuria mayor de 300 mg/día, en muestra de la orina recolectada en 24 horas, más concentración de creatinina sérica mayor de 1.5 mg/dl.
- "Pie diabético".
- Alteración o retraso del crecimiento y desarrollo puberal en menores de edad (referir al pediatra).
- Embarazo.

Diagnóstico, control ambulatorio y referencia oportuna de la diabetes mellitus 2 en el primer nivel de atención



Metas de control de la diabetes mellitus 2 en el primer nivel de atención

Glucemia en ayuno	70 a 130 mg/dl	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido acetilsalicílico • Abstinencia de tabaco • Revisión anual por el oftalmólogo • Revisión periódica de los pies • Medición anual de microalbuminuria • Revisión anual por odontólogo • Vacunación • Anticoncepción
Glucemia postprandial	Menos de 180 mg/dl	
Hemoglobina glucosilada	Menos de 6.5%	
Colesterol total sérico	Menos de 200 mg/dl	
Colesterol-LDL sérico	Menos de 100 mg/dl	
Colesterol-HDL sérico	Más de 45 mg/dl (>40 en hombres, >50 en mujeres)	
Triglicéridos séricos	Menos de 150 mg/dl	
Presión arterial sistémica	Menos de 130/80 mm Hg	
Colesterol no-HDL	Menos de 130 mm Hg	
Índice de masa corporal	20 a 25 kg/m ²	
Perímetro abdominal	Menos de 80 cm en mujeres Menos de 90 cm en varones	

ADA, 2009 y 2010.

European NIDMM Policy Group / Asociación Estadunidense de Diabetes, 1998.

Algunos medicamentos hipoglucemiantes orales para el manejo ambulatorio

Glibenclamida (sulfonilurea de segunda generación)	Inicio: 2.5 mg cada 12 horas VO. Mantenimiento: 5 mg cada 12 horas. Máximo: 20 g al día	Hipersensibilidad. Diabetes mellitus tipo 1. Cetoacidosis diabética. Embarazo. Insuficiencia renal (ajustar dosis) Insuficiencia hepática.
Metformin (biguanida)	Inicio: 500 mg dos veces al día ó 850 mg una vez al día VO Ajuste: incremento semanal de 500 mg diarios o incremento quincenal de 850 mg al día. Máximo: 2550 mg al día.	Nefropatía o insuficiencia renal. Acidosis metabólica aguda o crónica (incluyendo cetoacidosis) Insuficiencia hepática Insuficiencia cardíaca estádios III y IV Alcoholismo Edad > 70 años
Roziglitazona (tiazolidinadiona)	Inicio: 4 mg diarios VO. Ajuste a las 8 a 12 semanas, si aún no se logran las metas: 8 mg diarios VO en una o varias dosis al día	Hipersensibilidad Insuficiencia cardíaca Insuficiencia hepática hepatopatía activa hipertransaminasemia Embarazo Anemia Tratamiento con insulía