

Síndrome metabólico

Diabetes mellitus tipo 1 y 2

9-8-2022

JOSUÉ NERI PEÑA

Medifacts

Contenido

[Introducción 2](#_Toc89379858)

[Ametropías 2](#_Toc89379859)

[Investigación 3](#_Toc89379860)

[Miopía 3](#_Toc89379861)

[Miopía Axial / fisiológica o simple: 4](#_Toc89379862)

[Defectos de refracción: 4](#_Toc89379863)

[Miopía de curvatura: 4](#_Toc89379864)

[Miopía de índice: 4](#_Toc89379865)

[Patológico degenerativo: 4](#_Toc89379866)

[Miopía maligna: 4](#_Toc89379867)

[Tratamiento 4](#_Toc89379868)

[Resumen 4](#_Toc89379869)

[Preguntas de autoevaluación 4](#_Toc89379870)

[Guion 4](#_Toc89379871)

[Referencias 5](#_Toc89379872)

Introducción

Historia de la Diabetes mellitus

La diabetes mellitus tiene historia desde el año 1536 a.c. en Egipto, durante la XVIII dinastía de Amenofis II, se ha tenido documentación en los papiros de Ebers describiendo una “patología” en donde se pierde el peso, hay poliuria, polifagia y polidipsia (estos signos eran patognomónicos para el diagnostico de Diabetes) (1), pero no fue hasta el siglo V, con el médico indú Sushruta quien describe a la orina con sabor dulce.

En el siglo I d.c en gracia, Areto de Capadocia define a la poliuria como *Diabeneim* el cual significa “*Sifón*” o “*pasar a través de*” y Galeno le atribuye a este fenómeno a la incapacidad del riñón para retener agua.

Durante su estudio y exploración, Paracelso aisló una “sal” en la orina de los diabéticos; en 1600, Thomas Willis describe la orina como dulce y en 1776 Cullen le dio el nombre de mellitus (por las propiedades del sabor a miel, proveniente del latín *mellitus*: miel[[1]](#footnote-1)) diferenciándola de la diabetes insípida (sin sabor).

En 1889 Minkowsky y Von Mering encontraron que el origen de la diabetes era de origen pancreático y se descartaba un problema renal y en 1901 Opie se le atribuye a los islotes de Langerhans.

A inicios del siglo XX Zuelser y Paulesco encontraron que el extracto de páncreas de animales descendía la glucosa sérica pero Frederick Banting[[2]](#footnote-2) y Charles Best, en Canadá, hicieron investigación con perros pancreatectomizados inyectando extracto de páncreas, viendo que la glucosa sérica disminuía, a este extracto se le denomino isletina, pero al momento de hacer más público su investigación la bautizaron como Insulina.

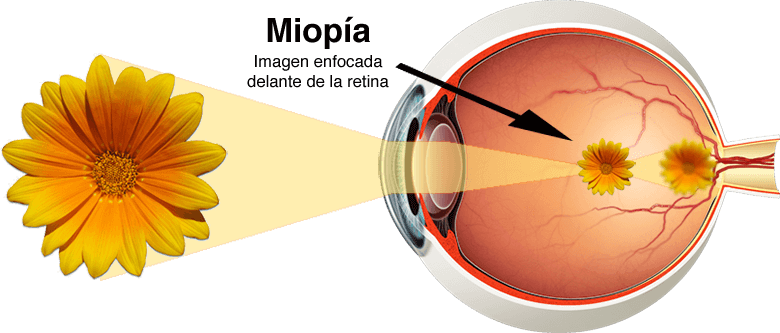
En enero de 1922 Leonard Thompson, paciente de 14 años, diagnosticado con Diabetes a los 12 años fue el primer paciente en recibir un extracto de páncreas purificado logrando mejoría clínica, siendo el primer paciente a quien se le eliminaron los síntomas de la diabetes.

Investigación

Miopía

Es la ametropía más frecuente en adulto, la prevalencia aumenta debido al trabajo de lectura, la patología inicia A los 6 años en adelante y aumenta conforme se avanza sobre la pubertad. (2)

Se habla de miopía cuando los rayos de luz divergentes se enfocan por delante de la retina (efecto de convergencia aumentada, es decir, todos los puntos de luz convergen / se encuentran de manera “anticipada” a la retina), dando un síntoma de desenfocar a objetos lejanos (ver mal de lejos), lo que la persona tenga que acercarse para corregir esta refracción o se “entre cierre” el parpado a fin de hacer un efecto estenopeico, la visión nocturna es defectuosa por la midriasis y a la refracción mas miopizante de la zona periférica del cristalino.



Su causa es incierta, pero los factores hereditarios y el trabajo de acomodación o de proximidad (lectura forzada) sean las causas mas probables por la cual se da esta enfermedad.

Ya que las causas pueden ser varias, se pueden clasificar según el factor que desencadena el enfoque por delante de la retina.

Miopía Axial / fisiológica o simple:

Es el mas frecuente de las miopías y se produce por un incremento de la longitud anteroposterior del ojo ( el valor normal es de 22 milímetros).

Defectos de refracción:

Inferiores a 6-8 D que inician a la edad escolar y avanza en la pubertad hasta los 20 años, (ahí la razón por la cual a los niños se les debe realizar estudios visuales cada año)

Ilustración 0‑3) Efecto de Miopía con corrección óptica



Miopía de curvatura:

Se produce por un aumento de la curvatura de la córnea o el cristalino como en el caso del queratocono.

Miopía de índice:

Derivado a la potencia dióptrica del cristalino como en la facoesclerosis o en la catarata, por el aumento de la densidad del núcleo del cristalino.

Patológico degenerativo:

Hay una degeneración en el vitreo, retina y/o coroides, siendo más común a partir de la tercera década de la vida (desprendimiento de retina, catarata precoz, mancha de Fuchs, glaucoma crónico o glaucoma primario de ángulo abierto o pigmentaria, degeneración retiniana periférica).

En pacientes con 5 o 6 dioptrías es necesario realizar exploración de fondo de ojo para valorar el grado de la enfermedad base.

Miopía maligna:

Es una miopía degenerativa que supera las 8 dioptrías y progresa a lo largo de la vida del paciente (3)

Tratamiento:

Para las causas fisiológicas o no patológicos degenerativos, se requieren de lentes cóncavos, causando una divergencia de los rayos paralelos de la luz o también a través de cirugía refractiva.

Lentes de contacto

Tiene mejores ventajas principalmente en miopías altas ya que minimizan la “aberración” periférica (la falta de enfoque alrededor del lente de cristal convencional) y la reducción de la imagen retiniana

Resumen

Aquí va el resumen del tema

Preguntas de autoevaluación

Aquí van algunas preguntas de autoevaluación

Guion

Aquí va un guion de lo que diré

# Referencias

**No hay ninguna fuente en el documento actual.**

1. dle.RAE.es/mellitus [↑](#footnote-ref-1)
2. Doodle dedicado a Frederick Banting: <https://www.google.com/doodles/sir-frederick-bantings-125th-birthday> [↑](#footnote-ref-2)