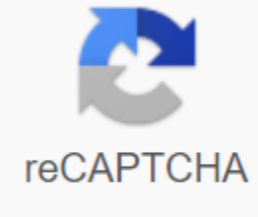




I'm not robot



Continue

Hemoglobina glicosilada valores normales wikipedia

Post Glucose Anomaly Classification and external resources ICD-10 R73.0 ICD-9 790.21 Lea la advertencia médica en ayunas de la anomalidad de la glucosa (AGJ), también conocida como pre-diabetes, es una enfermedad en la que los niveles de glucosa en sangre en ayunas son consistentemente altos en relación con lo que se considera normal pero que, sin embargo, no es lo suficientemente alta como para ser diagnosticada como diabetes. Esta condición prediabética se asocia con la resistencia a la insulina y un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, aunque con un riesgo menor que en el caso de tolerancia a la glucosa reducida (DGT). Si una persona no toma la iniciativa de cambiar su estilo de vida, el AGJ puede progresar a la diabetes mellitus tipo 2. Existe un 50% de riesgo de progresión durante diez años, y un estudio reciente sugirió menos de tres años como el tiempo medio de progresión. Consultas: Thompson, Janice; Manor, Melinda; Sheeshka, Judy (2010). Nutrition Functional Approach, Toronto, Ontario: Pearson Canada, página 141-144 Parámetro desconocido autor-separador de nombres ignorados (ayuda) Nichols GA, Hiller TA, Brown JB (2007). Progreso del trastorno del hambre recién adquirido de Gluzosis a la diabetes tipo 2. Cuidado de la diabetes. 30 (2): 228–233. PMID 17259486. Doi:10.2337/DC06-1392 ! CS1 manut: Múltiples nombres: autores de la lista (enlace) Ver también Disminución en la tolerancia a la glucosa Diabetes Diabetes Oral Glucosa Tolerancia Tolerancia Portal de Salud Recibido de Clasificación de Endocrinología Especializada Encedida y Recursos Externos ICD-10 E10.0, E11.0, E12.0, E13.0 ICD-9 250.2 DiseasesDB 29213 eMedicine emerg/264 MeSH D006944 Read Diabetic Coma Medical Warning es una atención médica de emergencia en la que un paciente diabético ha caído en un coma para el tratamiento de la glucosa en sangre desequilibrada. Puede ser cualquier altura (coma hiperglucémico) y disminución excesiva (coma hipoglucémico) de glucosa en la sangre. Clasificación Tres de las causas más comunes de coma en personas con diabetes son: Hipoglucemia diabética cetoacidosis diabética de hiperglucemia hiperosmolal Se estima que entre el 2 y el 15 por ciento de los diabéticos sufren al menos un episodio de coma diabético durante su vida como resultado de hipoglucemia grave. Hipoglucemia grave En la mayoría de los casos, el cuerpo restaurará los niveles de azúcar en la sangre a la normalidad mediante la liberación de un glucagón para aumentar los niveles de azúcar en la sangre. Cuando esto conduce a un coma, por lo general se debe a niveles bajos de glucosa en sangre cuando: Dosis excesiva de insulina; Alcohol en hipoglucemia; Los ejercicios han agotado el suministro de glucógeno del cuerpo. Cetoacidosis diabética cetoacidemia coma cetoacidosis hiperglucémica (exceso de cetoacidosis generalmente sólo se encuentra en pacientes que tienen las formas más graves de diabetes, y por lo general tipo 1 (depende de la insulina). El exceso tarda horas o varios días en producirse. La hiperglucemia y la agresión de los cuerpos cetónicos al sistema nervioso central conducen a cambios en el nivel de conciencia. Se recomienda que las personas con diabetes tipo 1 examinen su nivel de keon en la sangre cuando sus niveles de glucosa en sangre se elevan por encima de 15 mmol/L. Hiperglucemia hiperosmónica sin hiperglucemia de cetoacidosis (azúcar en sangre alto) causa una deshidratación notable, mayor agudeza y un alto riesgo de complicaciones como el coma. Si no se trata, puede llevar a la muerte. Se puede diagnosticar con análisis de sangre. El coma hiperglucémico y la ausencia de exceso de cetona corporal pueden ocurrir en pacientes con formas más leves de la enfermedad. Su pequeño suministro y producción de insulina son suficientes sólo para prevenir la quema de grasa desenfrenada y la producción de keon, pero esto no es suficiente para evitar que los niveles de glucosa en sangre aumenten. La hiperglucemia tarda varios días en causar daños significativos, pero cuando los niveles de glucosa alcanzan por encima de 600 mg/d se debe a la disfunción y la falla de varios órganos, especialmente los ojos, los riñones, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos. El tratamiento depende de la causa principal: cetoacidosis: líquidos intravenosos, insulina y la introducción de sodio y potasio, correspondiente a la necesidad del paciente de reinstituciones de PH en sangre. Hiperesmodación: Un montón de líquidos intravenosos, insulina e inyecciones para equilibrar los niveles de potasio y sodio lo más rápido posible. Hipoglucemia: la introducción de glucagón para revertir los efectos de la insulina o la glucosa administrada por vía intravenosa. Consultas - - b c Portal de Salud, derivado de Diabetes Blue Circle, Universal Diabetes Symbol Specialty Endocrinology Frequent Symptoms of Urination, Excessive Ses, Excessive Hunger, Complications of Diabetic Ketoacidosis, Hyperglycemic Hyperosmolar Coma, Cardiovascular Disease, Stroke, Chronic Kidney Disease, Foot Ulcers, Type 1 Diabetes, Type 2 Diabetes Clasificación y recursos externos ICD-10 E10 - E14 ICB-9 250 OMIM 612227 001214 eMedicine med/546 emerg/134 MeSH D003920 Leer una advertencia médica sobre la diabetes, o simplemente diabetes, es un grupo de enfermedades metabólicas en las que se detectan niveles altos de glucosa en sangre durante un largo período de tiempo. Los síntomas de niveles altos de glucosa incluyen polifagia (necesidad frecuente de orinar) y aumento del tiempo de cabeza (polifipsia) y hambre (polifagia). Si no se trata, la diabetes puede causar varias complicaciones. Las complicaciones agudas incluyen cetoacidosis, coma hiperglucémico hiperosmolar o la muerte. Las complicaciones a largo plazo incluyen enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal crónica, úlceras en los pies y retinopatía diabética. La diabetes es el resultado de una producción insuficiente de insulina por el páncreas o una respuesta inadecuada de las células del cuerpo a la insulina producida. Existen tres tipos principales de diabetes: la diabetes tipo 1 es el resultado de una producción insuficiente de insulina por el páncreas. Este tipo se llamaba anteriormente diabetes dependiente de la insulina. Las razones son desconocidas. La diabetes tipo 2 proviene de la resistencia a la insulina, una afección en la que las células del cuerpo no responden adecuadamente a la insulina. A medida que la enfermedad se desarrolla, la producción de insulina puede desarrollarse. Este tipo se conocía anteriormente como diabetes no dependiente de insulina. La razón principal es el peso excesivo y la falta de ejercicio. La diabetes gestacional es una afección en la que una mujer sin diabetes tiene niveles altos de glucosa en sangre durante el embarazo. Tanto la prevención de la diabetes como el tratamiento consisten en mantener una dieta saludable, hacer ejercicio regularmente, mantener un peso normal y abstenerse de fumar. En las personas con esta enfermedad, es importante controlar la presión arterial y mantener la higiene de las piernas. La diabetes tipo 1 debe tratarse con inyecciones regulares de insulina. La diabetes tipo 2 se puede tratar con medicamentos orales como metformina y glibenclamida, con o sin insulina. La insulina y algunos medicamentos orales pueden causar niveles bajos de glucosa en sangre. En personas obesas con diabetes tipo 2, la cirugía de reducción gástrica puede ser una medida eficaz. Por lo general, se permite la diabetes gestacional después del nacimiento de un niño. Sin embargo, si no se trata durante el embarazo puede ser la causa de varias complicaciones para la madre y el bebé. En 2015, se estima que 415 millones de personas en todo el mundo tenían diabetes. Alrededor del 90% de los casos fueron diabetes tipo 2, lo que representa el 8,3% de la población adulta. La enfermedad afecta a las mujeres y En 2014, esta tendencia presuponía que la prevalencia seguiría aumentando. La diabetes aumenta el riesgo de muerte prematura al menos dos veces. Entre 2012 y 2015, la diabetes causó entre 1,5 millones y 5 millones de muertes al año. En 2014, el costo económico total de la enfermedad se estimó en 612.000 millones de dólares EE.UU. La etimología del término latino diabetes proviene de la palabra griega , a su vez, proviene del verbo pasar. Basado en latín, el término mellitus significa lo que contiene la miel; miel', refiriéndose al exceso de glucosa, están presentes en la orina del portador de la enfermedad. En cuanto al sexo de la palabra diabetes, el idioma portugués también puede ser utilizado por un hombre (diabetes) como una mujer (diabetes). La palabra tick, sin la letra final s, no es una forma preferencial según el diccionario portugués Houaiss. En este éter, en aras de la uniformidad, elegimos el género femenino, es decir, la diabetes. La clasificación de la diabetes tipo 1 es más frecuente en jóvenes menores de 30 años y tipo 2 más frecuente en personas mayores de 45 años y obesas. Ambos son más comunes en las mujeres. La carne, los huevos y los productos lácteos deben consumirse con moderación, ya que contienen proteínas que, en exceso, también cambian los niveles de glucosa en sangre y sobrecargan los riñones, así como tienen una gran cantidad de grasas saturadas y colesterol malo. Usted debe consultar a un nutricionista para organizar la dieta mejor recomendada para su caso. El término

diabetes generalmente se refiere a la diabetes, pero hay muchas otras condiciones más raras también conocidas como diabetes. La diabetes mellitus (sin sabor significa insípido en latín) es una enfermedad rara en la que hay muchos cambios en la glucosa corporal, pero con síntomas similares a los de la diabetes. Esta diabetes puede ser causada por daño a los riñones o la glándula pituitaria. Diabetes tipo 1 Ver el artículo principal: Diabetes tipo 1 En el caso de la diabetes tipo 1, esto aparece cuando el sistema inmunitario de un paciente ataca las células beta del páncreas. La causa de esta confusión aún no se ha determinado, aunque parece estar relacionada con casos de resfriados y otras enfermedades. El tipo de dieta, estilo de vida, etc. no afectan la apariencia de este tipo de diabetes. Por lo general comienza en la infancia o la adolescencia, y se caracteriza por la deficiencia de insulina, debido a la destrucción de las células beta del páncreas procesos autoinmunes o idiopáticos. Sólo 1 de cada 20 pacientes con diabetes tipo 1, que es más común entre los jóvenes y los niños. Este tipo de diabetes se conoce como diabetes mellitus dependiente de la insulina o diabetes infantil. Hay un cuerpo en él. poca o ninguna insulina. Las personas que sufren de ella deben recibir inyecciones diarias de insulina. El número de inyecciones diarias varía dependiendo del tratamiento elegido por el endocrinólogo, así como dependiendo de la cantidad de insulina producida por el páncreas. La insulina sintética puede ser lenta o de acción rápida: la insulina de acción lenta se administra cuando está despierta y duerme (algunos tipos de acción lenta de la insulina, sin embargo, se administran solo una vez al día); la acción rápida se indica poco antes de las comidas grandes. Para combatir este tipo de diabetes, es necesario equilibrar tres factores: insulina, dieta y ejercicio. Hay varios factores a tener en cuenta al alimentarse. Si bien es necesario un poco de rigor en la alimentación, hay que recordar que este tipo de diabetes afecta esencialmente a los jóvenes, y estos jóvenes a menudo crecen y tienen una vida activa. Por lo tanto, un plan de nutrición debe ser diseñado con esto en mente, ya que a menudo uno hace que la dieta sea demasiado limitada para la edad y la actividad del paciente. Para el día a día, no es práctico ingerir los carbohidratos de acción rápida (alturas, pasteles, cremas) y los carbohidratos de acción lenta (panes, galletas, arroz, pasta...) para evitar un pico de glucosa en sangre. Se notificaron resultados contradictorios sobre los beneficios de la actividad física en el control metabólico de estos pacientes. Todavía controvertido también tipo de ejercicio (aeróbico o entrenamiento de resistencia), alimentación antes del ejercicio y la dosis más útil de insulina en este grupo. La práctica del ejercicio puede exacerbar la cetosis y la hipoglucemia, pero reducen el riesgo de problemas cardíacos y mejoran el control glucémico y el perfil lipídico, especialmente en los jóvenes. (Más información sobre el ejercicio y la diabetes tipo 1) En las principales ciudades, hay academias especializadas en pacientes con problemas de salud que pueden ayudar a elegir y monitorear la práctica correcta del ejercicio para diabéticos. Diabetes Mellitus tipo 2 Ver el artículo principal: Diabetes tipo 2 anteriormente llamada diabetes no dependiente de insulina o diabetes tardía, tiene un mecanismo fisiopatológico complejo y no completamente clarificado. Parece haber una disminución en la reacción de los receptores de glucosa presentes en el tejido insularnico periférico, lo que conduce a un fenómeno de resistencia a la insulina. Las células beta en el páncreas aumentan la producción de insulina, y con el paso de los años la resistencia a la insulina eventualmente conduce al agotamiento de las células beta. A menudo se desarrolla en las etapas adultas de la vida y se asocia muy a menudo con la obesidad y los ancianos. Sin embargo, varios medicamentos y otras causas pueden causar este tipo de diabetes. La diabetes tipo 2 asociada con el uso prolongado de corticoesteroides es muy frecuente, hemorrosis no tratada. Diabetes gestacional Ver el artículo principal: Aumento de la diabetes gestacional en la producción de hormonas, especialmente lactógeno placentaria, puede empeorar los efectos de la insulina materna. La diabetes gestacional también implica una combinación de secreción y capacidad de respuesta insuficientes de insulina, que se asemeja a la diabetes tipo 2 de varias maneras. Se desarrolla durante el embarazo y puede mejorar o desaparecer después del nacimiento de un niño. Si bien puede ser temporal, la diabetes gestacional puede dañar la salud del feto y/o de la madre, y alrededor del 20% al 50% de las mujeres con diabetes gestacional desarrollan diabetes tipo 2 más adelante en la vida. La diabetes gestacional (MHA) ocurre en aproximadamente el 2% al 7% de todos los embarazos. Es temporal y completamente curable, pero si no se trata puede causar problemas de embarazo, incluyendo macrosomía fetal (alto peso al nacer), malformaciones fetales y defectos cardíacos congénitos. Esto requiere una supervisión médica cuidadosa durante el embarazo. Los riesgos fetales/neonatales asociados con la MGD incluyen anomalías congénitas como malformaciones cardíacas, sistema nervioso central y músculos esqueléticos. El aumento de la insulina fetal puede inhibir la producción del tensioactivo del feto y puede causar problemas respiratorios. La hiperbilirrubinemia puede conducir a la destrucción de las sangres rojas. En muchos casos puede ocurrir la muerte perinatal, más a menudo como resultado de la mala abundancia placentaria debido a trastornos vasculares. Otros tipos de otros tipos de diabetes son el 5% de todos los casos diagnosticados: A: Defecto genético en las células beta. B: Resistencia a la insulina determinada genéticamente. C: Enfermedades pancreáticas. D: Causado por defectos hormonales. E: Causado por compuestos químicos o medicamentos. F: Infeccioso (rubéola congénita, cytamegalovirus, etc.). G: Formas inusuales de diabetes inmunomediata (síndrome del hombre duro, anticuerpos anti-ide de insulina, etc.) H: Otros síndromes genéticos a veces asociados con la diabetes (síndrome de Down; Síndrome de Clinefelter, Síndrome de Turner, Síndrome de Tungsteno, Ataxia de Friedreich, Corea de Huntington, Síndrome de Lawrence-Moon-Beadle, distrofia miotónica, porfiria, Síndrome de Prader-Willi y otros) Los signos y síntomas del agrandamiento cerebral son algunos de los síntomas de la hiperglucemia polifagia (aumento del apetito). Otros síntomas importantes incluyen: pérdida de peso; Visión borrosa cetoacidosis diabética; síndrome hiperglucémico hiperglucémico no exótico. Puede producirse pérdida de peso. Estos síntomas pueden desarrollarse muy rápidamente en el tipo 1, especialmente en niños (semanas o meses) o pueden ser leves o y puede desarrollarse mucho más lentamente - en el tipo 2. Tipo 1 también puede ser pérdida de peso (a pesar de un aumento o hambre normal) y fatiga. Estos síntomas también pueden ocurrir en la diabetes tipo 2 en pacientes cuya enfermedad está mal controlada. Los problemas de visión afectan al 40% de los diabéticos dependientes de la insulina y al 20% de los diabéticos no dependientes de la insulina. Ser más común entre las mujeres y entre 30 y 65 años. Si no se trata, puede causar cataratas, glaucoma y ceguera. Después de 10 años de enfermedad, los problemas de visión llegan al 50% de los pacientes y en 30 años alcanzan el 90%. Las causas virales de la infección pueden causar reacciones autoinmunes que conducen a la diabetes tipo 1 en Brasil, el 40% tiene sobrepeso y entre el 10 y el 15% son obesos, y el aumento del tejido graso conduce a una producción exagerada de sustancias que interfieren con la acción de la insulina producida por el páncreas. Hay varias razones para la diabetes: Defectos genéticos en la función celular β (beta): Inicio temprano autosómico de transmisión dominante ("Madurez comenzando diabetes juven) Mutaciones en defectos genéticos mitocondriales en el tratamiento de la insulina o la acción de insulina Defectos en la conversión de mutaciones del gen pro-insulina, responsable de la producción de mutaciones del receptor de insulina insulina Mutaciones De la Poliendocrinopatía mutaciones Regulator de genes enfermedades autoinmunes del páncreas (AIRE) páncreas exocrino pancreatitis crónica Pancreaticectomía Crónica Fibrosis quística hemocromatosis Panbreatopatía fibrocalcular De Endocrinopatía Exceso de Hormona de Crecimiento (Acromegalia) Cushing Hipertiroidismo Pheochromocytom Gluck Genenoma Infección Viral Infección Por Citomegalovirus Cocksakivirus B4 Medicamentos Glucocorticoides Hormona Trioides Beta-Agonístico Factores de Riesgo Los principales factores de riesgo para la diabetes mellitus: Obesidad (120% peso ideal o índice de masa corporal es de 25 kg/m2); Antecedentes familiares de diabetes en parientes de primer grado; Diabetes gestacional o macrotomía previa; Hipertensión arterial sistémica; Colesterol HDL por debajo de 35 mg/dL y/o triglicéridos por encima de 250 mg/dL; Cambios anteriores en la regulación de la glucosa; Factores genéticos La insulinitis, la penetración inflamatoria de los islotes de Langerhan (en el páncreas), que precede al desarrollo de la diabetes autoinmune Ambos tipo 1 y 2 tienen factores genéticos importantes, siendo el principal desencadenante 20-30% de los casos de tipo 1 y 5-10% de los casos de diabetes tipo 2. Por lo general, esta predisposición genética conduce a la disfunción del páncreas en la producción de insulina. El tipo 1 funciona antes, llegando a niños y adolescentes (principalmente de 10 a 14 años), factor genético. Puede tener tanto monogénico (un gen defectuoso en las áreas centrales de la producción de insulina) como poligénico (varios genes en áreas secundarias). Los estudios muestran que se han comprobado alrededor de 20 genes responsables, pero solo 13 han sido probados. Los estudios muestran que alrededor del 12% de la población occidental tiene uno o más genes favorables para el desarrollo de la diabetes. La diabetes tipo 2 (diabetes tipo 2) también tiene un factor genético que ocurre simultáneamente en el 50-80% de los gemelos idénticos y el 20% de los gemelos idénticos. Entre Pima (Arizona Native Americans) el 50% de la población desarrolla diabetes mellitus tipo 2, mientras que en algunos grupos orientales alcanzan menos del 1%. Sin embargo, es importante recordar que incluso con una genética favorable, los hábitos saludables sirven para prevenir y retrasar la aparición de esta enfermedad, que generalmente afecta sólo a la obesidad, hipertensos y dislipidíticos (que conforman el 90-95% de todos los casos). La diabetes fisiopatológica es el resultado de un defecto en la secreción de insulina y/o su ingesta de células beta en el páncreas, las células beta producen insulina cuando la glucosa es alta, por ejemplo, después de digerir carbohidratos, y las células alfa producen glucagón cuando la glucosa es baja, por ejemplo, durante situaciones de ayuno o estresantes. El páncreas es el órgano responsable de la producción de la hormona insulina. Esta hormona es responsable de regular la glucosa en sangre (glucosa en la sangre: nivel de glucosa en sangre). Para que las células de diferentes partes del cuerpo humano realicen un proceso de respiración aeróbica (utilizando la glucosa como fuente de energía), la glucosa debe estar presente en la célula. Por lo tanto, las células tienen receptores de insulina (tirosina quinase), que, cuando se activa abre la membrana celular para entrar en la glucosa está presente en la sangre. La insuficiencia en la producción de insulina conduce a niveles altos de glucosa en sangre, ya que esta última no se dirige correctamente a las células. Con el fin de mantener la glucosa en la sangre constante, el páncreas también produce otra hormona insulina antagonista llamada glucagón. Es decir, cuando la glucosa en sangre cae, se libera más glucagón con el fin de restaurar los niveles de glucosa en sangre. Glucagon es la hormona predominante en situaciones de ayuno o estrés, mientras que la insulina tiene su nivel aumentado en situaciones de alimentación recientes. Dado que la insulina es la principal hormona que regula la cantidad de glucosa absorbida por la mayoría de las células sanguíneas (principalmente células musculares y grasas, pero no las células del sistema nervioso central), su deficiencia o insensibilidad de sus receptores juegan un papel importante en todas las formas de diabetes. Parte de los alimentos con carbohidratos se convierten en pocas horas en monosacarina de glucosa, el principal carbohidrato que se encuentra en la sangre. Algunos carbohidratos no se convierten. Algunos ejemplos incluyen fructosa, que se utiliza como combustible celular pero no se convierte en glucosa y no participa en el mecanismo regulador metabólico de insulina/glucosa; además, los carbohidratos celulósicos no se convierten en glucosa, ya que los seres humanos y muchos animales no tienen vías digestivas que puedan digerir la celulosa. La insulina se libera en el torrente sanguíneo por células beta (β) por las células pancreáticas en respuesta al aumento de los niveles de glucosa en sangre (por ejemplo, después de comer). La insulina permite que la mayoría de las células del cuerpo absorban la glucosa de la sangre y la utilicen como combustible, para convertirlas en otras moléculas necesarias, o para su almacenamiento. La insulina es también la principal señal de control para convertir la glucosa (el azúcar principal utilizado como combustible) en glucógeno para el almacenamiento interno en el hígado y las células musculares. Niveles más bajos de glucosa conducen a una menor secreción de insulina de las células beta y la conversión inversa de glucógeno en glucosa cuando se reducen los niveles de glucosa. Niveles elevados de insulina aumentan muchos procesos anabólicos (crecimiento) tales como crecimiento celular y duplicación, síntesis de proteínas y almacenamiento de grasa. Si la cantidad de insulina es insuficiente, si las células reaccionan mal a la insulina (insensibilidad o resistencia a la insulina), o si la insulina en sí es defectuosa, la glucosa no será inyectada correctamente por las células del cuerpo o almacenada adecuadamente en el hígado y los músculos. El efecto dominó es niveles altos persistentes de glucosa en sangre, síntesis de proteínas pobres y otros trastornos metabólicos como la acidosis. A altas concentraciones de glucosa en la sangre (por encima del umbral renal) la resorción de glucosa en el tubo proximal del riñón es incompleta, y parte de la glucosa se excreta en la orina (glicosuria). Esto aumenta la presión osmótica de la orina y por lo tanto inhibe la resorción de agua en los riñones, lo que resulta en un aumento en la producción de orina (poliuria) y la pérdida de líquido marcada. El volumen de plasma perdido será reemplazado osmómicamente del agua almacenada en las células del cuerpo, causando deshidratación y aumento de la siembra. Cuando los niveles altos de glucosa permanecen durante mucho tiempo, la glucosa causa daño al sistema circulatorio de la retina, lo que conduce a dificultades de visión conocidas como retinopatía diabética. La visión borrosa es la queja más común que conduce al diagnóstico de diabetes; El tipo 1 debe sospecharse de cambios rápidos en la visión, mientras que el tipo 2 suele causar más Cetoacidosis diabética Ver el artículo principal: Los pacientes con cetoacidosis diabética (generalmente diabetes tipo 1) también pueden tener cetoacidosis diabética, un estado extremo de desregulación metabólica caracterizado por el olor de la acetona en la respiración del paciente, la respiración de Kustumawa (respiración rápida y profunda), poliuria, náuseas, vómitos y dolor abdominal y cualquiera de los diversos estados alterados de conciencia (confusión, letargo, hostilidad, etc.). La cetoacidosis diabética grave puede provocar un coma (condición inconsciente) que progresa hasta la muerte. En cualquier caso, la cetoacidosis diabética es una emergencia médica y requiere la atención de un especialista. Una condición rara pero no menos grave es un coma hiperosmolar no estético, que es más común en la diabetes tipo 2 y principalmente debido a la deshidratación debido a la pérdida de líquidos en el cuerpo. A menudo el paciente tragó una gran cantidad de bebidas azucaradas, lo que conduce a la deshidratación debido a la pérdida de líquidos. En pacientes que utilizan agentes hipoglucémicos o insulina, pueden producirse crisis de hipoglucemia si no hay una nutrición adecuada, ya que la absorción de glucosa por las células todavía es posible. Los síntomas predominantes son confusión mental, agitación o letargo, sudoración y pérdida de conciencia. En los primeros signos deben trabajar con la administración oral de una solución dulce, pero no puede ser considerado como una emergencia médica y ser tratado con glucagón o glucosa intravenosa. Complicaciones Si no limpia, cuida y es consciente de las lesiones en las piernas, el daño puede conducir a la necesidad de amputación de complicaciones de la diabetes con mucha menos frecuencia y graves en personas que están bien controladas por niveles glucémicos (azúcar en la sangre), manteniéndolos entre 70 y 100 mg/dL en ayunas. Las complicaciones causadas por la diabetes se relacionan principalmente con el exceso de glucosa en sangre, por lo que existe la posibilidad de glicosilproteínas además de la retención de agua en la sangre y la eliminación de la misma del espacio intercelular. Complicaciones agudas Cetoacidosis diabética Ceguera Neketotic Hiperosmolar Coma (alrededor del 14% de los casos) Hiperglucemia Diabetic Coma Amputación Micah Complicaciones crónicas de la grasa crónica en la sangre (ateroesclerosis); Daño a la retina (retinopatía diabética); Hipertensión (debido a un aumento de H2O en la sangre, además de glicolato de colágeno irregular y proteínas de pared endotelial que pueden causar trombosis y coágulos en todo el sistema circulatorio); Trombosis y coágulos sanguíneos; problemas dermatológicos (desnaturalización de las proteínas endoteliales); Síndrome del pie diabético; Problemas renales como insuficiencia renal progresiva (alcanza el 50% de los pacientes con tip dm Problemas neurológicos, especialmente en la pierna, como la pérdida de sensibilidad y la propiocepción; Problemas metabólicos generalizados; Factor de riesgo de periodontitis. La incidencia de enfermedades cardíacas, como accidentes cerebrovasculares y ataques cardíacos, es 2-4 veces mayor en personas con diabetes. Los factores de riesgo de problemas crónicos son: hipertensión, cambios en el metabolismo de las grasas (aumento del colesterol malo, aumento de triglicéridos y disminución del colesterol bueno), tabaquismo, obesidad, baja actividad física y la presencia de microalbuminuria (proteína en la orina). El diagnóstico de diabetes generalmente se hace sobre la base de un control de los cambios en la glucosa en sangre en ayunas y después de tomar grandes dosis de azúcar en dos días diferentes. Para realizar pruebas de diabetes confirmación el paciente debe permanecer en ayunas durante 8h (se permite el agua) antes de la primera recolección de sangre. Además, se deben consumir 75 gramos de glucosa anhidra (o 82,5 g de glucosa monohidrata) en 250-300 ml de agua durante un máximo de 5 minutos. La nueva recolección de sangre se realiza 2 horas después de la ingesta de glucosa. Mientras espera, el paciente no puede fumar y debe quedarse solo. La diabetes mellitus se caracteriza por hiperglucemia recurrente o permanente, y se diagnostica demostrando cualquiera de los siguientes niveles: niveles plasmáticos de glucosa en ayunas 8h más o iguales a 126 mg/dL (7,0 mmol/L) en dos casos. El nivel plasmático de glucosa es mayor o 200 mg/dL o 11,1 mmol/L dos horas después de que la dosis de 75 gramos de glucosa anhidra se incremente en dos casos (prueba oral de tolerancia a la glucosa). Niveles plasmáticos de glucosa iguales o superiores a 200 mg/dL o 11,1 mmol/L asociados con signos y síntomas típicos de la diabetes. Los niveles de hemoglobina glicada son iguales o superiores al 6,5%. No hay necesidad de volver a realizar la prueba si el paciente ya tiene síntomas característicos. Si los niveles de glucosa oscilan entre 140 y 200 después de tomar glucosa anhidra, se diagnostica una disminución en la tolerancia a la glucosa, conocida como prediabetes, que requiere que el paciente realice actividad física regular, pierda peso y reduzca significativamente la ingesta de carbohidratos para no desarrollar diabetes. Lo mismo se aplica a las personas con niveles de glucosa en sangre en ayunas entre 110 y 126, por lo tanto el diagnóstico de glucosa plasmática en ayunas alterada. Si la paciente está embarazada, los niveles de glucosa por encima de 110 en ayunas o 140 después de 75 gramos de glucosa ya son suficientes para indicar diabetes gestacional. Prevención El mejor apoyo social, el mejor control glucémico, la calidad de vida y menos complicaciones diabéticas. Los riesgos de complicaciones en ambos tipos de diabetes pueden reducirse dietas y ejercicio regular. Los pacientes con tolerancia a la glucosa reducida (DGD) y glucosa en ayunas alterada (GAJA) deben tomar una dieta estricta, practicar actividad física al menos 3 veces a la semana y, si es necesario y aprobado, usar medicamentos para evitar complicaciones. La actividad física, una dieta estricta y la pérdida de peso entre los grupos de riesgo reducen a la mitad el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2. La práctica del ejercicio trae beneficios tales como el uso más eficiente de oxígeno por el cuerpo, aumento de la absorción de glucosa muscular y aumento de la sensibilidad celular a la insulina desde las primeras semanas, y que dura tanto como regularmente. Dado que la insulina se utiliza más eficazmente, un diabético necesita dosis más bajas para quemar glucosa extra. En personas con diabetes pretipo 2, el uso de dosis bajas de rosiglitazona (2 mg) y metformina (500 mg) reduce el riesgo de diabetes en aproximadamente un 66% y causa varios efectos secundarios. Prevención de la diabetes tipo 1 Puede detectar factores de riesgo para la diabetes tipo 1 con autoanticuerpos contra varios antígenos pancreáticos. Existe una correlación significativa entre la presencia de dos o más autoanticos y el desarrollo de diabetes, incluso en parientes no diabéticos (90% de los casos). El tratamiento con inmunosupresores, como la azatioprina, los corticosteroides y la ciclosporina, reduce la dosis necesaria de reemplazo de insulina, pero es poco eficaz a largo plazo y al suspender el uso de inmunosupresores además de causar efectos secundarios. Científicos de la Universidad de Maryland han descubierto una proteína llamada zonein, que se produce en grandes cantidades en personas con enfermedades autoinmunes. Esta sobreproducción conduce a una cadena de reacciones a la destrucción de células beta. Los investigadores probaron en ratas una sustancia que inhibe la acción de la zonaín, evitando la progresión de lesiones en las células beta del páncreas. Este inhibidor, llamado experimentalmente AT-1001 se está probando actualmente en humanos. Prevención de complicaciones El mejor control, menor es el riesgo de complicaciones. Por lo tanto, la educación, la comprensión y la participación del paciente son vitales. Los profesionales de la salud que tratan la diabetes también están tratando de hacer que el paciente sea consciente de deshacerse de ciertos hábitos que son perjudiciales para la diabetes. Estos incluyen ronquidos, apnea del sueño, tabaquismo, colesterol alto (controlar o reducir la dieta, ejercicio y medicamentos), obesidad (incluso la pérdida de peso modesta puede ser beneficiosa), presión arterial alta (ejercicio y medicamentos si es necesario) y estilo de vida sedentario. Se recomienda mantener un peso saludable, y tener al menos 3 horas hacer ejercicio a la semana sin ingerir demasiada grasa, y comer una buena cantidad de fibra y grasas. Aunque los médicos no recomiendan el consumo de alcohol, un estudio muestra que el consumo moderado de alcohol puede reducir el riesgo. No hay fuentes? dieta Según el estudio oliveira y Saito (1989), algunas verduras brasileñas se pueden utilizar en el tratamiento de la diabetes (DM), el uso de plantas medicinales utilizadas para tratar la diabetes se ha utilizado durante mucho tiempo. Estas verduras incluyen berros, regaliz de Brasil, anacardos, karkei amargo, cebolla, hierba de paloma o piedras recreativas, stavia, hiedra, jambolao, pata de waca, pau ferro, ricinus, salvia y sukupira. (2008) usó harina de la corteza amarilla de maracuyá (Passiflora edulis). Flavicarpa Deg.), que tiene grandes cantidades de pectina, está tratando de evaluar sus efectos sobre el peso corporal, niveles de glucosa en sangre y lípidos diabéticos en el estudio. (2008) en su estudio, notaron que el ayuno por glucemia disminuyó cuando se utilizaron suplementos con corteza de maracuyá durante un estudio de cuatro semanas en pacientes con diabetes. Es decir, las terapias no farmacológicas en el tratamiento de la diabetes también muestran un efecto utilizado en pacientes que tienen su metabolismo de una manera descompensada o incluso aquellos que lo controlaron, según el estudio. La reducción de la glucosa en ayunas en pacientes, según los ensayos clínicos, mostró buenos resultados después de 30 y 60 días en el tratamiento de la harina de la cáscara de maracuyá. (2008), el resultado puede explicarse por el efecto de las fibras contenidas en la fruta de la pasión, como la pectina, haciendo que retrase el vaciado del estómago, haciendo que una persona se sienta saciedad, así como retrasar la absorción de carbohidratos. Otro factor importante que aporta pectina es que el gel se forma, puede formar un complejo con sales biliares, contribuyendo a la eliminación del colesterol, que en este caso puede ayudar en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares, obesidad, dislipidemia y DM. En la medicina tradicional China, 82 plantas se han utilizado como medicamentos para la diabetes. La mayoría de estas plantas presentan actividad hipoglucémica en el análisis farmacológico presentado y todavía tienen elementos químicos que se pueden utilizar como muestra para futuros agentes hipoglucémicos. (Li et al., 2004 apud Negri, 2005) En cuanto a las verduras, el Estudio de Brito, Buzo y Salado (2009) demostró que el 67,47% de los pacientes informaron que consumen diariamente porque creen que estos alimentos son importantes asegurándose de que ayudan en el control glucémico. [56] La Organización Mundial de la Salud, la dieta de los pacientes con diabetes es de suma importancia, ya que es un factor que ayuda a mantener los niveles glucémicos dentro de los estándares establecidos. (RICK; SMITH; MEIRELLES, 2002 apud Brito; Buzo y Salado, 2009). El equipo médico para la administración automática y frecuente de insulina Diabetes mellitus es una enfermedad crónica no inspirada en tratamientos convencionales, y su enfoque médico debe ser necesariamente evitar/administrar problemas posiblemente relacionados con la diabetes a largo o corto plazo. El tratamiento se basa en cinco conceptos: conciencia y formación de pacientes sin los cuales no hay compromiso. Nutrición y dieta adecuadas para cada tipo de diabetes y para el perfil del paciente. Vida activa, más que solo ejercicio. Medicamentos: Agentes hipoglucémicos orales Niveles de glucosa de monitoreo de insulina y hemoglobina glicada. Es extremadamente importante identificar al paciente, controlar su dieta, hacer ejercicio, controlar los niveles de glucosa, con el fin de mantener niveles adecuados de glucosa a largo y corto plazo. Es necesario un control cuidadoso para reducir el riesgo de complicaciones a largo plazo. Esto se puede lograr con una combinación de dieta, ejercicio y pérdida de peso (tipo 2), varios medicamentos orales para diabéticos (solo tipo 2) y el uso de insulina (tipo 1 y tipo 2 que no responde a medicamentos orales). Además, debido a los altos riesgos asociados de enfermedad cardiovascular, se deben hacer cambios en el estilo de vida para controlar la presión arterial y el colesterol haciendo más ejercicio, fumando menos y consumiendo alimentos adecuados para diabéticos, y, si es necesario, tomando medicamentos para reducir la presión arterial. El uso de bombas de insulina puede ayudar en el uso regular de insulina, pero tiene un alto costo en comparación con las jeringas convencionales. Otras opciones incluyen plumas de insulina e inyectores de insulina reactiva. El tratamiento quirúrgico de la diabetes tipo 2, un estudio realizado por médicos franceses, publicado en ScienceDirect, confirmó lo que los médicos ya han observado, la cirugía de reducción gástrica (gastroplastia), utilizada en el tratamiento de la obesidad mórbida, ayuda a controlar la diabetes tipo 2, un estudio más profundo de Francesco Rubino, condujo a la creación de cirugía intestinal, que es altamente eficaz en el tratamiento de la diabetes tipo 2. Agentes hipoglucémicos orales Ver el artículo principal: Hipoglucemia Actualmente tenemos 8 clases diferentes para el tratamiento de la diabetes médica, cada una de estas clases que operan en diferentes puntos de la fisiopatología de la diabetes compleja. Son: Biguanidas: su principal representante es metformina. Actúa principalmente sensibilidad periférica a la insulina y inhibición de la formación de azúcar hepática en la sangre (gluconeogénesis). Este es el primer medicamento de elección en esquemas terapéuticos. Sulfoniluréas: actúa estimulando la secreción de insulina pancreática. Representan una alta potencia, pero con mucha risa para causar hipoglucemia. Este grupo incluye glucósido, glimperid y glibenclamide, por ejemplo. Inhibidores de la alfa-glucosidasa: Poco uso hoy en día es el único representante de la acarbosa en Brasil. Actúa en el intestino delgado, retrasando la absorción de carbohidratos. Glitazonas: Al igual que la metformina, los glitazonos actúan aumentando la sensibilidad periférica y hepática a la acción de la insulina. Su principal representante es la pioglitazona. Glynidas: en este grupo de nateglinds y refalínida. Como sulfoniluréas, la secreción de insulina aumenta cerrando los canales K-ATP, pero con un lugar de comunicación diferente. Son más eficaces para reducir la glucemia post-prandial. Los inhibidores de Dipeptyl dipeptid inceptiva-4 (DPP4) son una clase de tratamiento más moderna porque estimulan la secreción de insulina de una manera dependiente de la glucosa. Estos medicamentos presentados por vildagliptina, sitagliptin, liraglutina y saxagliptina son potentes inhibidores de la enzima DPP-4. Esta enzima inactiva GLP-1, que es una hormona que segrega células enteroendocrinas en el intestino y estimula la secreción de insulina. Estos son medicamentos altamente potentes, bajas tasas de efectos secundarios y riesgo mínimo de hipoglucemia. Los análogos del péptido 1 son similares al glucagón (GLP1): actúan estimulando la secreción de insulina de una manera dependiente de la glucosa, además de inhibir el glucagón, ralentizar el vaciado del estómago, aumentar la saciedad y reducir el apetito. Así, además de ser muy potentes en el control glucémico, contribuyen a la pérdida de peso. Esta clase incluye exenatida, lyxysyde y liraglutida, el último medicamento también liberado y aprobado para el tratamiento de la obesidad. Recientemente, dulaglutida (Trulicity®) llegó al mercado brasileño. Este es el primer análogo de uso semanal de GLP1. Inhibidores del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2): los fármacos más avanzados para el tratamiento de la diabetes tipo 2. Fueron considerados revolucionarios porque tienen un mecanismo de acción no explorado previamente en la fisiopatología de la diabetes: los riñones. Los medicamentos como la dapaflozina, la empaglifosina y la canagliflozina contribuyen a aumentar la liberación de glucosa renal. Control glucémico Los pacientes con diabetes deben controlar y controlar continuamente los niveles de glucosa en sangre como parte del tratamiento de esta enfermedad. Esto se aplica tanto a los pacientes que usan insulina como a aquellos que no. Autocontrol con medidores de glucosa es un componente importante del manejo de la enfermedad. Con este control, los pacientes pueden comprender mejor los efectos de la dieta, la actividad física, los medicamentos y comenzar a reconocer, tratar y prevenir episodios de hipo o hiperglucemia. La falta de control y las fluctuaciones extremas en los niveles de glucosa en sangre, tanto hacia abajo (hipoglucemia) como hacia arriba (hiperglucemia) causan, a largo plazo, una serie de efectos graves en el cuerpo. Al proporcionar una serie de ventajas probadas, el autocontrol no siempre se realiza correctamente. Una revisión de los estudios realizados en América Latina encontró que sólo el 74% de los pacientes con diabetes tipo 1 y el 38,5% de los pacientes de tipo 2 son usuarios del contador de glucosa en sangre. El autocontrol sigue siendo uno de los principales métodos para proporcionar información inmediata y útil entre intervalos de asesoramiento médico sobre cómo una persona se ocupa de su control glucémico y puede permitir al paciente tomar una decisión sobre su estilo de vida. Cuando los pacientes miden los niveles de glucosa en sangre, reciben inmediatamente un retorno a su estilo de vida y tratamiento, y que pueden ser utilizados tanto por el médico para evaluar y cambiar todos los aspectos del tratamiento. El autocontrol también aumenta la autonomía y el tratamiento de los pacientes tratados. Los principales beneficios del autocontrol con glucómetros (medidores de glucosa) educan y fortalecen/amplían las capacidades de los pacientes diabéticos aumentan la capacidad de reconocer, El tratamiento y la prevención de la hipoglucemia y la hiperglucemia proporcionan una respuesta inmediata al impacto del estilo de vida (dieta y ejercicio) y la medicación administrada permite al paciente y al proveedor de atención médica cambiar el tratamiento en tiempo real Aumenta el tratamiento adhiriéndose al control de la enfermedad y en combinación con el tratamiento farmacológico tiene el potencial de reducir el A1C (hemoglobina glicada). Control de la Diabetes: Control, Consumo y Cuidado Estimó que hoy en día casi 25 millones de personas en América Latina tienen diabetes, y la mitad de estos pacientes están en Brasil. Sólo el 36% de los pacientes con enfermedad de tipo 2 y el 21% de la enfermedad de tipo 1 pueden controlar los niveles glucémicos. En promedio, un tercio de ellos se detienen después de las recomendaciones médicas un año después del diagnóstico. La falta de control sobre la enfermedad, como resultado de los malos hábitos de vida, causa a largo plazo una serie de consecuencias para el cuerpo. Sin un control adecuado de la glucosa, aumentan las posibilidades de complicaciones cardiovasculares, orales, oculares y de otro tipo. Los pacientes diabéticos tienen de dos a cuatro veces más probabilidades de sufrir un ataque cardíaco o accidente cerebrovascular que una persona que no tiene ninguna enfermedad. Del mismo modo, el 65% de los pacientes ya tienen algún grado de disfunción renal, una afección que triplica el riesgo de eventos cardiovasculares. Los efectos de la diabetes también incluyen disfunción sexual (presente en el 60% de los hombres con la enfermedad), cambios oculares como la retinopatía y el riesgo de ceguera, y problemas circulatorios en las extremidades inferiores. Cuatro pasos para el cribado eficaz de la diabetes - Control periódico de los niveles de glucosa El objetivo de medir el azúcar en la sangre diariamente es obtener información detallada sobre estos niveles en diferentes momentos del día. Esta información puede ayudar al paciente y al equipo médico a hacer algunos cambios relacionados con la ingesta de alimentos, la actividad física, los medicamentos y el estrés, ya que son importantes en el tratamiento diario. Estos momentos diarios ayudarán a mejorar el control de la glucosa en sangre y motivarán al paciente a tomar medidas para prevenir complicaciones de la diabetes. Control - Control de control de la diabetes significa prevenir niveles bajos (hipoglucemia) y altos (hiperglucemia) de azúcar en la sangre y lograr un control diabético a largo plazo a través de niveles aceptables de A1C. El control de la diabetes debe realizarse con el uso de medicamentos recetados por su médico, midiendo los niveles de azúcar regularmente y adquiriendo experiencia e información sobre el control de la diabetes. Consumo - comer con alimentos saludables después de la diabetes no significa que el paciente ya no será capaz de degustar deliciosos alimentos mucho menos que la dieta se hará a partir de platos con mal gusto. Para que un paciente tenga una buena dieta, es necesario conocer diferentes grupos de alimentos, el efecto sobre los niveles de azúcar y el tamaño correcto de las partes. Cuidado - Cuidar el cuerpo y la mente Exceso de azúcar en la sangre durante demasiado tiempo puede causar problemas de salud asociados con la diabetes. Este alto nivel de azúcar puede dañar muchas partes del cuerpo, como el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, las extremidades y los riñones. Agregar pequeños momentos para la atención, como la actividad física, puede significar mucho para reducir el riesgo de problemas de salud asociados con la enfermedad. Plantas medicinales Se ha determinado hoy que más de 800 especies de plantas se utilizan en el tratamiento de DM (Saxena et al., 2004). Varios estudios científicos han evaluado el efecto de las plantas medicinales sobre la diabetes, se han encontrado resultados correspondientes: Ajo (Allium sativum): El ajo tiene un compuesto llamado alicina. Alicin, un compuesto que contiene azufre y responsable de su olor picante al ajo y se ha demostrado que tiene una actividad hipoglucémica significativa (Sheela y August, 1992). Se cree que este efecto se debe a un aumento de la metabólco hepático, un aumento en la liberación de insulina de versión beta del páncreas y/o el efecto de la economía de la insulina (Bever y zahrd, 1979). Aumento del contenido de glucógeno de glucógeno y aminoácidos libres, reducción de la glucosa en sangre en ayunas y triglicéridos séricos en comparación con el control de la sacarosa (zacharias et CLl. 1980). S-allylcisteine sulfoxido (SSAC) es un precursor de la alicin y el aceite de ajo, es un aminoácido que contiene azufre que controla la oxidación de peróxido de los lípidos mejor que la glicoclamida y la insulina. También mejoró las condiciones para diabéticos. SSAC también estimuló la secreción de insulina in vitro a partir de células beta aisladas de ratas normales (Augusti y Shella 1996). Además, Allium sativum demuestra acción antimicrobiana, antitumora y cardioprotector. Cebolla (tensión de allium): Varias fracciones de éster soluble, así como fracciones insolubles de cebolla seca en polvo, exhiben actividad anti-glyglycemia en conejos diabéticos, y se sabe que tienen actividad antioxidante e hipolipidémica. El uso de un aminoácido que contiene la cepa de azufre de ailo, s-metil-cisteína sulfoxido (SSMC) (200 mg/kg durante 45 días) a ratas con diabetes inducida por aloxano significativamente controlada, así como lípidos séricos y tisulares y hexoquinas hepática normalizada, glucosa-6-fosfato y HMG co A reductasa (Roman-Ramos et al., 1995; Kumari et al., 1995). Cuando los pacientes diabéticos recibieron una dosis oral única de 50 gramos de jugo de cebolla, controlaron significativamente los niveles de glucosa post-prandial (Mathew y Augusti, 1975). Aloe vera o aloe (aloe vera o también llamado aloe barbadensis y generalmente aloe), dos productos principales se pueden extraer de la planta de aloe: gel y látex. El gel de aloe vera es la pulpa de hojas o mucílago, un aloe de látex, comúnmente conocido como jugo de aloe, es un tubo pericélico exudado amarillo amargo justo debajo de la piel externa de las hojas. Los extractos de goma de aloe aumentan eficazmente la tolerancia a la glucosa en ratas normales y diabéticas (Farida et al., 1987). El tratamiento de las hojas crónicas, pero no sólo la exudación de aloe barbadensis mostró efecto hipoglucémico en ratas con diabetes inducida por aloxano. Dosis puntuales, así como dosis crónicas del principio amargo de la misma planta también mostraron un efecto hipoglucémico en ratas diabéticas. Su acción es el aloe vera y su principio amargo a través de la estimulación de la síntesis y/o liberación de insulina de las células beta del páncreas (Ajabnor, 1990). Esta planta también tiene actividad antiinflamatoria dependiendo de la dosis y mejora la cicatrización de heridas en ratas diabéticas (Davns y Maro, 1989). Gel de aloe vera procesado (GPA) cuando se administra por vía oral durante 8 semanas reduce los niveles de glucosa sangre circulante a un nivel normal en ratas con una dieta de obesidad inducida. Los efectos anti-diabéticos de GWP han sido confirmados por una prueba de tolerancia a la glucosa intraperitoneal. El ACP redujo los niveles de glucosa en sangre y redujo la resistencia a la insulina. La administración de Gpa también ha reducido los niveles de triglicéridos en el hígado y el plasma. Los estudios histológicos de la almohadilla de grasa peripidítica mostraron que la HAP redujo el tamaño medio de los adipocitos (Kim et CLl., 2009. Sjöyeh y Raj, 2010a). Canela (Cinnamomum zeylanicum). La canela tiene propiedades similares a la insulina, capaces de reducir los niveles de glucosa en sangre, así como los triglicéridos y el colesterol, todos los cuales son importantes particularmente para los pacientes con diabetes tipo II. Coccinia (Coccinia indica): Extractos secos de coccinia indica (500 mg/kg p.b.) se administraron a pacientes diabéticos durante 6 semanas. Estos extractos restauraron la actividad de la enzima lipoproteína lipasa (LPL), que se reduce y se reduce la glucosa-6-fosfato y lactato deshidrogenasa, que se incrementaron en diabéticos no tratados (Kamble et al., 1998). La administración oral de 500 mg/kg de hojas de C. indica mostró hipoglucemia significativa en perros con diabetes inducida por aloxano y mayor tolerancia a la glucosa en perros normales y diabéticos (Ahad et al., 2010). Berberi (Liceo berber): Las Berberidaceae es un arbusto tradicional importante, nativo de Pakistán e India, pero también en otras partes del mundo. Los residentes de estas áreas utilizaron el Liceo berbera para tratar la diabetes, heridas, fracturas óseas, úlceras y dolor ocular. Las raíces son amarillentas, ricas en alcalinas (berberina, etc.) y otros fitoquímicos (Bailey y Day, 1989; 82 Leng, et., 2004). (2007) investigó los efectos antihiperglucemia del liceo acrolo y los extractos etnológicos en ratas diabéticas y normales causadas por aloxan, y concluyeron que el extracto de raíz reduce los niveles de glucosa en el mar en ratas normales y diabéticas, pero los efectos de 100 mg/kg de extractos de etanol fueron más pronunciados en ratas con diabetes. Además, gracias a la presencia de fármacos fitoquímicos glicuquímicos antihper (berberina, etc.), las raíces del Liceo Bererber tienen el potencial de suministrar materias primas a la industria farmacéutica (Gulfranz et al., 2007). [84] o Jamelao (Eugene Jambolana): En la India, el caldo de grano Eugene Jambolan se utiliza como remedio casero para la diabetes. También es un componente importante de muchas formulaciones herbales para el tratamiento de la diabetes. El efecto anti-glyglycemia de extracto acuoso y alcohólico, así como polvo liofilizado, indica una disminución en los niveles de glucosa en sangre. Depende del nivel de diabetes. En la diabetes (azúcar plasmática de 180 mg/dL, se observó una disminución del 73,51%, mientras que la diabetes moderada (azúcar plasmática 280 mg/dL) y la diabetes grave (azúcar plasmática 400 mg/dL) disminuyeron un 55,62% y un 17,72%, respectivamente (Sheela y Augusti, respectivamente) (Shela y Augusti, 1992%). El extracto de celulosa de Jambolan mostró actividad hipoglucémica en ratas diabéticas causada por estreptotocina dentro de los 30 minutos de administración, mientras que la semilla de la misma fruta requirió 24 horas de inyección oral del extracto condujo a un aumento en los niveles séricos de insulina en ratas diabéticas. Se ha encontrado que la secreción de insulina es estimulada por la incubación de extracto de plantas con islotes aislados de Langerhan de animales normales y diabéticos. , urea y colesterol en la sangre, aumento de la tolerancia a la glucosa y niveles generales de proteínas y glucógeno glucógenos, y disminución de la actividad del glutamato oxaloacetato transainase y glutamato piruvattaus transainase en ratas diabéticas experimentales (Ravi et al., 2004). Ginkgo biloba: Largamente utilizado en la medicina tradicional China, una especie que sobrevivió en China hace más de 200 millones de años y ahora está creciendo en todo el mundo (Taylor y Thomas, 1993). El extracto puede ser útil para la prevención y tratamiento de la neuropatía diabética en etapa temprana. Se ha demostrado que la retinopatía diabética previene. La dosis del extracto, estandarizado para las laderas de lino de Ginkgo en 24%, es 40-80 mg tres veces al día (Ahad et al., 2010). Mango (Mangifera indica): Las hojas de esta planta se utilizan como un agente anti-diabético en la medicina popular nigeriana, aunque cuando el extracto acuoso se inyecta por vía oral no altera los niveles de glucosa en sangre en ratas normales o ratas diabéticas causadas por estreptostocina. Sin embargo, actividad anti-diabética se observó cuando se inyectó extracto y glucosa simultáneamente, y cuando el extracto se inyectó en ratas 60 minutos antes de la glucosa. Los resultados muestran que el extracto acuoso Mangifera indica tiene actividad hipoglucemiente. Esto puede deberse a la reducción absorbencia de glucosa (Aderibigbe et al., 1999). La cáscara del tronco queextraba gradualmente la absorción de glucosa durante todo el período de perfusión en ratas diabéticas tipo 2 (Bhowmilk et al., 2009). Gymnema: Hierbas medicinales de la India, Gymnema sylvestre R. Br. (Familia: Asclepiadaceae) es una alternativa natural potencial a los medios químicos de regulación del azúcar en la sangre (Siddhiqui et al., 2000). La palabra Gymnema proviene de la palabra hindú Gurmar, que significa destrucción de azúcar, y se cree que neutraliza el exceso de azúcar presente en el cuerpo para la diabetes (Keshavamurthy y Yoganarasimhan, 1990). Se informa que la planta es útil para la investigación etnobotánica. Se ha documentado que los residentes de la selva de Iru las Nagari Hills distrito de Arcot Norte, Bombay y Gujarat India tienen el hábito de masticar algunas hojas verdes de Gymnema sylvestre en la mañana con el fin de mantener la orina limpia y reducir la glicouria. Las clases burguesas de Bombay y Gujarat también mastican hojas frescas para el mismo propósito. En Bombay y Madras, el Wajda es conocido por recomendar hojas en el tratamiento de la boiliculis y la diabetes. El jugo derivado de la raíz se utiliza para tratar vómitos y disentería, y la pasta vegetal se aplica con leche materna para tratar las úlceras orales (Kritikar y Bascu, 1998; Ecca y Dixit, 2007. Los ácidos fónicos tienen acciones anti-diabéticas, anti-azúcar y antiinflamatorias, mediante la edición genética en el sistema inmunitario de las células T en el laboratorio antes de volver a ponerlas en el paciente para protegerlas de una amplia gama de enfermedades, desde la

diabetes hasta el VIH y el cáncer. La terapia no farmacológica Dm Treatment tiene como parámetro importante el control metabólico, utilizando tratamientos farmacológicos o no (BOAS et al, 2012). Los tratamientos no farmacológicos son aquellos en los que los cambios en los hábitos dietéticos y la actividad física (BOAS et al, 2012). Para los diabéticos, corregir sus hábitos alimenticios junto con el ejercicio regular es un factor crucial y el tratamiento inicial para la diabetes, según un estudio de Boas e colaboradores (2012). Un mapa epidemiológico de la distribución mundial de años de vida potencialmente perdidos debido a la diabetes (DALY). La OMS estima que alrededor del 5,1 por ciento de la población mundial de entre 20 y 79 años sufrió la enfermedad en 2005. Sin embargo, con el aumento de la obesidad, los estilos de vida sedentarios y el envejecimiento de la población, se espera que el número de casos se duplique para 2025, 200 millones a 400 millones de personas. Según la Organización Mundial de la Salud, en 2006 había alrededor de 170 millones de personas con diabetes, una cifra que está creciendo rápidamente. Se estima que este número se duplicara para 2030. La diabetes mellitus ocurre en todo el mundo, pero es más común (especialmente tipo ii) en los países más desarrollados. El mayor aumento se espera ahora en Asia y África, donde la mayoría de los diabéticos serán considerados en 2035. El aumento de la diabetes en los países en desarrollo sigue una tendencia de urbanización y cambios en el estilo de vida. La diabetes está en la lista de las cinco enfermedades más altas relacionadas con la muerte en el mundo y está cada vez más cerca de la parte superior de la lista. Durante al menos 20 años, el número de diabéticos en América del Norte está aumentando significativamente. En 2005, sólo en los Estados Unidos había alrededor de 20,8 millones de personas con diabetes. Según la Asociación Americana de la Diabetes hay alrededor de 6,2 millones de personas no diagnosticadas y alrededor de 41 millones de personas que pueden ser consideradas prediabéticas. Los Centros para el Control de Enfermedades han clasificado el aumento de la enfermedad como una epidemia, y el Centro Nacional de Coordinación de la Información sobre la Diabetes (NDIC, por sus\$) ha hecho alrededor de \$132 mil millones de dólares solo para los Estados Unidos solo este año. La diabetes tipo 1 se presenta a una tasa más baja en las personas negras y asiáticas y con una mayor incidencia en la población europea, especialmente en las poblaciones de las regiones nórdicas. La frecuencia entre los japoneses es unas 20 veces menor que entre los escandinavos. En Sao Paulo, la incidencia de tipo 1 es de 7,6 casos por cada 100.000 habitantes. La diabetes afecta a alrededor del 12% de la población brasileña (aproximadamente 22 millones de personas) y al 5% de la población portuguesa (500.000). El número de personas con diabetes en Portugal superó por primera vez el nivel de un millón en 2011, pero este fue el año en la última década en que hubo la mayor disminución en el número total de amputaciones, una de las principales complicaciones causadas por la enfermedad. En 2016, casi un millón de portugueses mayores de 30 años sufren de diabetes, una enfermedad que mata a más de 12 personas al día en Portugal. Según el primer informe mundial sobre la diabetes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de la diabetes ha ido en aumento en las últimas décadas, y Portugal no es una excepción, estimando que el 9,2% de los portugueses (aproximadamente 952.000 personas) padecen la enfermedad, en su mayoría hombres (10,7%) y mujeres (7,8%). síntomas ya descritos que parecen coincidir Fue Areteu Cappadocia quien le dio a la enfermedad el nombre de diabetes, que en griego significa sifón, refiriéndose a su síntoma más llamativo, que es la eliminación exagerada del agua por los riñones, expresando que el agua entra y sale del cuerpo diabético sin fijarla (polidipsia y poliuria, las características de la enfermedad y evaluada por ella en este orden). Incluso en el siglo II Galeno, un contemporáneo de Aeteu, también habló de la diabetes, atribuyendo su incapacidad para retener el agua como deberían. En siglos posteriores, no hubo referencias a esta enfermedad en los escritos médicos hasta que, en el siglo XI, Avicena se refirió con precisión a esta condición en su famoso Canon de Medicina. Después de un largo paréntesis, Thomas Willis hizo una descripción virtuosa de la diabetes por ese momento en 1679, y desde entonces ha sido reconocido por su sintomatología como entidad clínica. Fue él, refiriéndose al dulce sabor de la orina, le dio el nombre de diabetes (sabor a miel), aunque este hecho fue registrado hace unos mil años en la India, unos 500 años. En 1775, Dopsonne detectó la presencia de glucosa en la orina. Frank, en este momento también, clasificó la diabetes en dos formas: diabetes mellitus (o fe) e insípida, es sin la representación de la orina dulce. La primera observación, realizada a través de la necropsia en un diabético, fue realizada por Cowley y publicada en el London Medical Journal en 1788. Casi casi casi al mismo tiempo, el inglés John Rollo, atribuyendo la enfermedad a la causa del estómago, ha realizado mejoras notables con un régimen rico en proteínas y grasas y un contenido limitado de carbohidratos. Los primeros estudios experimentales relacionados con el metabolismo del glicidio fueron realizados por Claude Bernard, quien descubrió en 1848 el glucógeno del cuerpo hepático y causó la aparición de glucosa en la orina, agitando centros bulbosos. También a mediados del siglo XIX, el gran clínico francés Bouchardat señaló la importancia de la obesidad y el estilo de vida sedentario en los orígenes de la diabetes y estableció las normas de tratamiento dietético basado en la restricción de los glicidas y la dieta baja en calorías. Los estudios clínicos y anatómico-patológicos se hicieron muy importantes a finales del siglo XIX, en manos de Frerich, Kantani, Nauinin, Lancero, etc., culminando en experimentos pancreáticos en perros realizados por Mehring y Mikovsky en 1889. La búsqueda de la sospecha de hormona producida por las islas Langerkhanov, las células del páncreas descritas en 1869 por Paul Langerhan, comenzó inmediatamente. Hedon, Gley, Lagesi Sabolev estuvieron muy cerca del triunfo deseado logrado por los jóvenes canadienses Bunting y Charles Best, quienes en 1921 lograron aislar la insulina y demostrar su efecto hipoglucémico. Este descubrimiento significó los mayores avances médicos del siglo XX porque cambió las expectativas y vidas de los diabéticos y amplió horizontes en el campo experimental y biológico para el estudio de la diabetes y el metabolismo del glicidio. Posteriormente, el trasplante pancreático se convirtió en una alternativa viable a la insulina para el tratamiento de la diabetes tipo 1. El primer trasplante de páncreas para este propósito se realizó en 1966 en la Universidad de Manitoba. Estudios médicos más recientes buscaron trasplantar sólo los islotes de Langerkhanov. El procedimiento es simple, tiene pocas complicaciones y requiere hospitalización a corto plazo. El gran problema es conseguir células que provienen de cadáveres. Se necesita un promedio de tres donantes para obtener un número razonable de células. Véase también Diabetes insípida accidente cerebrovascular Diabetic Leg Diabetic Retinopathy Diabetic Polycystic Ovarian Syndrome Links - b d e f g i k l m n o Diabetes Newsletter No. 312. ese. Octubre de 2013. Consulta el 25 de marzo de 2014. Copia presentada el 26 de agosto de 2013 - Kitabchi, AE; Umpieres, GE; Miles, JM; Fisher, JN (julio de 2009). Crisis de Hyperglycom en pacientes adultos con diabetes. Cuidado de la diabetes. 32 (7): 1335–43. PMC 2699725. PMID 19145963. Copia de archivo (PDF) de fecha 5 de mayo de 2013 - b c d Update 2015. Las fdi. Federación Internacional de Diabetes. página 13. Recibido el 21 de marzo de 2016 - b con 10 causas principales de muerte Boletín No.310. Organización Mundial de la Salud. octubre de 2013 sobre la diabetes. Organización Mundial de la Salud. Consulta el 4 de abril de 2014. Presentado del 31 de marzo de 2014 - Kitabchi, AE; Umpieres, GE; Miles, JM; Fisher, JN (julio de 2009). Crisis de Hyperglycom en pacientes adultos con diabetes. Cuidado de la diabetes. 32 (7): 1335–43. PMC 2699725. PMID 19564476. doi:10.2337/dc09-9032 - Shoback, editado por David G. Gardner, Dolores (2011). Capítulo 17. Endocrinología Clínica Básica de Greenspan 9o Ed. Nueva York: McGraw-Hill Medical. ISBN 0-07-162243-8 - Libro de texto para la diabetes RSSDI. Reverendo 2nd Ed. Nueva Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers. 2012. página 235. ISBN 9789350254899 - Rippe, editado por Richard S. Irwin, James M. (2010). La 5a Guía de Cuidados Intensivos de Ed. Filadelfia: Voltaires Kluver Healthcare /Lippincott Williams y Wilkins. página 549. ISBN 9780781799928 - Pico, J; Jones, J; Colkitt, JL; Gopodarevskaya, E.; Loveman, E; Baxter, L; Clegg, AJ (septiembre de 2009). Eficiencia clínica y rentabilidad de bariátrica (pérdida de peso) para la obesidad: revisión sistemática y evaluación económica. Evaluación de la tecnología sanitaria (Winchester, Inglaterra). 13 (41): 1-190, 215-357, iii-iv. PMID 19726018. doi:10.3310/hta13410 - Efectivo, Jill (2014). Pautas de práctica familiar 3a ed. (S.L.) - Springer. página 396. ISBN 9780826168757 - Libro de texto de Williams sobre endocrinología 12a ed. Filadelfia: Elsvier/Saunders. 1371-1435. ISBN 978-1-4377-0324-5 † a b Shi, Yuankai; Hu, Frank B (7 de junio de 2014). Los efectos globales de la diabetes y el cáncer. Lanceta. 383 (9933): 1947–8. 24910221 PMID. doi:10.1016/S0140-6736 (14)60886-2 - Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Etizza M, Shihuya K, Salomon JA, Abdalla S, Aboyans V et al (15 de diciembre de 2012). Años vividos con Discapacidad (YLDs) por 1.160 secuelas de 289 enfermedades y lesiones 1990-2010: un análisis sistemático para el Estudio Global de La Carga de Enfermedades 2010. Lanceta. 380 (9859): 2163–96. PMID 23245607. doi:10.1016/S0140-6736 (12)61729-2 - Informe Anual 2014 (PDF). Las fdi. Federación Internacional de Diabetes. Consulta el 13 de julio de 2016. Archivo del original (PDF) del 17 de octubre de 2016 - 6a ed IDF DIABETES ATLAS (PDF). (S.L.) : Federación Internacional de Diabetes. 2013. página 7. ISBN 2930229853. Consulta el 19 de agosto de 2016. Archivo del Original (PDF) del 9 de junio de 2014 - FERREIRA, nuevo diccionario portugués A. B. H. 2a edición. Río de Janeiro. 583. Vocabolário Treccani: Diabetes - Vocabolário Treccani: mellitus - Diabetes or Diabetes, Portuguese Cyberdoubts, 26 de noviembre de 2004. Diabetes o Diabetes, Cyberdubte Portuguese, 9 de noviembre de 2004. Diccionario portugués Houaiss: grabación de diabete (diabete) por Silveiro, losa L. Camargo, Angela Reichelt, Mirela de Azevedo. (2001) Diabetes mellitus: diagnóstico, clasificación y evaluación del control glucémico. Arq Bras Endocrinol Metab vol 46 no 1 de febrero de 2002. una copia de archivo. Consulta el 2 de junio de 2011. Presentado del original el 24 de mayo de 2011 - Pak CY, Hm Eun, Mcarthur RG, Yoon JW. Asociación de la infección por citomegalovirus con diabetes autoinmune tipo 1. Lancet 1988;2 (8601):1-4. Una copia de archivo. Consulta el 2 de junio de 2011. Archivo del original 18 de diciembre de 2010 - Copia de archivo. Consulta el 2 de junio de 2011. Archivo del original el 17 de noviembre de 2010 - Riserus U, Willett WC, Hu FB (enero de 2009). Grasas dietéticas y prevención de la diabetes tipo 2. Progreso en estudios de lípidos. 48 (1): 44–51. PMC 2654180. PMID 19032965. doi:10.1016/j.plipres.2008.10.002 ! MANUT CS1: Varios nombres: lista de autores (enlace) Fatores imunogenéticos associados ao diabetes mellitus do tipo 1. Reverendo Latino-Am. Enfermagem (en línea). 2005, vol.13, n.5 (citado 2011-03-03), página 743-749. Disponible en: qtl:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000500020&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692005000500020. REIS, Andre F. y VELHO, Gilberto. Bases Genética do Diabetes Mellitus Tipo 2. Arc Bras Endocrinol Metab (online). 2002, vol.46, n.4 (citado 2011-03-03), página 426-432 . Disponible en: qtl:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302002000400014&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0004-2730. doi: 10.1590/S0004-27302002000400014. No 30. Common Polymorphin PPARgamma Pro12Ala se asocia con un riesgo reducido de desarrollr diabetes tipo 2. Nat Genet 2000;26:76-80. DeFronzo RA, Bonadonna RC, Ferrannini E. Pathogeneze NIDDM: Revisión equilibrada. Cuidado de la diabetes 1992;15:318-68. Edilma Maria de Albuquerque Vasconcelos (2009). Desordens do metabolismo dos carboidratos: Erros Inatos do metabolismo glicídico. Ppt. - Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, Genuth SM, Lachin JM, Garden TJ, Raskin P, Sinman B; Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Intervention and Complications (DCCT/EDIC) Research Group. Tratamiento intensivo de la diabetes y las enfermedades cardiovasculares en pacientes con diabetes tipo 1. N Engl J Med 2005;353:2643-53. PMID 16371630. - Equipo de investigación de diabetes y complicaciones. El efecto de la atención intensiva de la diabetes en el desarrollo y progresión de la neuropatía. Ann Intern Honey 1995;122:561-8. PMID 7887548. Chapia Archwada. Consultado em 2 de junho de 2011. Arquivado do original EM 5 de novembro de 2011 - C'pia arquivada. Consultado em 2 de junho de 2011. Arquivado do original EM 23 de dezembro de 2010 - Isabel Silva, José Pais-Ribeiro, Helena Cardoso, Susan Fonseca Carvalhos, Sania Díaz, Aldina Goncalves. EFEITOS DO APOIO SOCIAL NA QUALIDADE DE VIDA. CONTROLO METAB'LICO E DESENVOLVIMENTO DE COMPLIC'AES CR'NICAS EM INDIV'DOOS COM DIABETES. Arquivado em 9 de junho de 2013, sin una máquina Wayback. Lyra, Rui; Oliveira, Mónica; Leas, Danielle e Cavalcanti, Ney. Prevenao do diabetes tipo 2. Arq. Sjtadotadores. endocrinol. metab;50(2):239-249, abr. 2006. pestaña una predicción IDDM entre la población general. ESTROMIAS basadas en combinaciones de marcadores de autoanticuerpos. Diabetes 1997; 46: 1.701- 10. BALDA, K.A. Y PACHECO-SILVA, A. Aspectos imunológicos do diabetes melito tipo 1. Reverendo Asshak. Cariño. Latón. (en línea). 1999.n.2 (citado 2011-05-31), página 175-180. Disponible en: qtl:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42301999000200015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0104-4230. doi: 10.1590/S0104-42301999000200015. (10) Consultado em 11 de junho de 2015. Arquivado do original (PDF) et 13 de junho de 2015 Asociación de la presión arterial sistólica con complicaciones macrovasculares y microvasculares de la diabetes tipo 2 (UKPDS 36): un prometedor estudio observacional. BMJ 2000;321:412-9. PMID 10938049. ScienceDirect - Metabolismo celular : La gluconeogénesis intestinal es un factor clave para los cambios metabólicos tempranos después de la cirugía de bypass gástrico, pero no después de la banda de vuelta gástrica en ratones. Novo-Tratamentos da diabetes tipo 1 e 2. Arquivado em 20 dezembro de 2016, sin Wayback Machine. B Chan, J.S.N., J.D. Galyardino, S.H. Baig, D.-M. Chantrelot, S.R.G. Ferreira, N. Hanku, H. Ilkova, A. Ramachandran y. Determinantes multifacéticos para lograr el control glucémico: Estudio Internacional de Prácticas de Manejo de la Diabetes (IDMPS). Cuidado de la Diabetes 32.2 (2008): 227-33 - Federación Internacional de Diabetes Arquivado et 28 de outubro de 2013, sin máquina Wayback. Atlas de Diabetes de las FDI, 5o Edn. Bruselas, Bélgica: Federación Internacional de Diabetes, 2011. Kaul S, Bolger AF, Herrington D, et al: Thiazolidinon Drugs and Cardiovascular Risks: Scientific Advisory from the American Heart Association and the American College of Cardiology Foundation. Sorteo de 2010; 121: 1868-77 - Federación Internacional de Diabetes, Sociedad Internacional de Nefrología: Diabetes y Enfermedad Renal. Es hora de actuar. Bruselas, 2003 - Saxena, Abha; Vikram, Kishore Naval (1 de abril de 2004). El papel de las plantas indias seleccionadas en el manejo de la diabetes tipo 2. Revisión. En la revista Medicina Alternativa y Complementaria. 10 (2): 369–378. ISSN 1075-5535. doi:10.1089/107555304323062365 - b Sheela, C. G.; Augusta, C.T. (1 de junio de 1992). Efectos antiabiabéticos de S-alil cisteni sulfóxido se aíslan de ajo allium sativum Lynn. Revista India de Biología Experimental. 30 (6): 523–526. ISSN 0019-5189. PMID 1506036 - Bever, O.B. y G.R. Sand, (1979). Plantas con conceptos orales en Terapia Dietética Diabetes B: S.L. Halper (ed), un vínculo rápido con la nutrición clínica, 2 ed. Filadelfia, Estados Unidos: J.B. Lippincott nd Company ! MANUT CS1: Nomes Multiplas: una hoja de recursos automáticos (enlace) - zakamas, N.T., K. Sebastian, B. Filp y C.T. Augusti (1980). Efectos hipoglucémicos e hipolipidémicos del ajo en sacarosa alimentado a conejos. Indus. D. Fisiomol. La farmacola. (24): 151-154 ! CS1 Manut: Nomes multiplas: lista de autoresOhio, C. T. y K.G. Ila (1996). Efecto antiperóxido S-alil cisteína sulfóxido, secretogogoo insulín, en ratas diabéticas. Célula Mol. Life Sci. (52): 115-119 - b c d e Joseph, Bebé; Gini, D. Insight en el efecto hipoglucémico de las hierbas tradicionales indias utilizadas en el tratamiento de la diabetes. Revista de investigación de plantas medicinales. 5 (4): 352–376. doi:10.3923/rjmp.2011.352.376 - Roman Ramos, R., D.L. Flores-Saenz y F.D. Alaricon-Aguilar (1995). El efecto antihiperfímico de algunas plantas comestibles. Ya Ethnopharmacole. (48): 25-32 ! MANUT CS1: Nomes Multiplas: Auto Resource Sheet (link) - Kumar, C.B.K. Matthew y C.T. Augusti (1995). Efectos antiabiabéticos e hipolipidémicos del S-metiltema sulfóxido aislado de allium cepa. L. Bioquímica India. Biofísica. (32): 49-54 - Efectos hipoglucémicos de las cebollas, Allium cepa L. sobre la diabetes - informe preliminar. Un físico indio. Farmacología (19): 213-217. 1975 nome1 sem (sobrenome1) em Lista de autores (ajuda) - Farida, M., F.M. Al-Awadl y C.A. Gumaa (1987). Investigación sobre la actividad de plantas individuales de la mama de plantas antiabiabéticas. Acto de Diabetes. (24): 37-41 ! MANUT CS1: Nomes multiplas: lista de autores (enlace) - Ajabnoor, M. A. (1 de fevereiro de 1990). El efecto del aloe en los niveles de glucosa en sangre en ratones diabéticos normales y aloxanos. En el Journal of Ethnopharmacology. 28 (2): 215–220. ISSN 0378-8741. PMID 2109811 - Davis, RH; Maro, NP (1 de abril de 2014). Aloe Vera y Gibberelline. Actividad antiinflamatoria en la diabetes. En el Journal of the American Pediatric Medical Association (em ingl's). 79 (1): 24–26. doi:10.7547/87507315-79-1-24 - Kim, Kwangi; Kim, Ryunul; Kwon, Chonhak; Lee, Sungwon; Kong, Heunsek; Im, Sun-A.; Lee, Young-Hee; Lee, Young Ran; Oh, Sun-Tak (1 de setembro de 2009). Efectos hipoglucémicos e hipolipidémicos del gel de aloe vera procesado en el modelo de ratón de diabetes no dependiente de insulina. Fitomedicina: Revista Internacional de Medicina Herbal y Fitofarmacología. 16 (9): 856–863. ISSN 1618-095X. PMID 19303272. doi:10.1016/j.phymed.2009.02.014 2010a. Propiedades farmacéuticas y fitoquímicas Aloe vera Linn: Visión general. J. Pharma. Sci. (4): 106-110 - Mukul, T.K. Bhaskar y S. Amrish (2008). Actividad antiabiabética del extracto alcohólico de Cinnamomum zeylanicum hojas en ratas causadas por aloxona. Folk J. Sci. Res (1): 9-11 ! MANUT CS1: Nomes Multiplas: lista de autores (enlace) - Kamble, S. M.; Kamlakar, P.L.; Vaidya, S.; Bambol, V.D. (1 de Abril de 1998). El efecto de La indica de Coccinia en ciertas enzimas en la vía glucolítica y lipolítica en la diabetes humana. Revista India de Ciencias Médicas. 52 (4): 143–146. ISSN 0019-5359. PMID 9770877 - Ahad, H.A., P.S. Nanda, M.U. Bhanu, B.V. Ravindra y V.G. Mohan, (2010). Hierbas indias utilizadas para tratar la diabetes). DJITPS (1): 69-78. ! MANUT CS1: Nomes multiplas: listra de autores (enlace) - Bailey, Clifford J.; Day, Caroline (1 de setembro de 1989). Medicamentos herbarios tradicionales como tratamiento para la diabetes. Cuidado de la diabetes (em ingl's). 12 (8): 553–564. ISSN 0149-5992. PMID 2673695. doi:10.2337/diacare.12.8.553 - Leng, S.H., F. Lu y L.J. Xu (2004). El efecto terapéutico de la berberina en violación de la tolerancia a la glucosa de rata y su efecto sobre la secreción de insulina. Acta Pharmacol. Pecado (25): 496-502 ! CS1 Manut: Nomes multiplas: listra de autores (enlace) - b Gulfraz, M., G. Kadir, F. Noshin y z. Parvin (2007). Efectos glicéuquicos antihiper de Berberin Lyceum royle en Alloxan indujo rata védica diabética Diabetol. Croacia. 36: 49-54 ! MANUT CS1: Nomes Multiplas: lista de autores (enlace) - Ahrekar, S.; Kaliy, G.S.; Sudor, M.S.; Kelcar, SM (27 dezembro de 2016). Actividad hipoglucémica de Eugenia Jambolana y Fikus Bengalensis: el mecanismo de acción. En Vivo (Atenas, Grecia). 5 (2): 143–147. ISSN 0258-851X. PMID 1768783 - Ravi, K.; Siwanyanam, K.; Subramanian, S. (1 de junho de 2004). La actividad antiabiabética de Eugenia jambolana SeedEd Core en Rata Diabética inducida por estreptosotocina en la revista Medicinal Food. 7 (2): 187–191. ISSN 1096-620X. doi:10.1089/10966200412224067 - Taylor, T.N. y E.L. Taylor, (1993). Biología y evolución de plantas fósiles. Prentice Hall, Englewood Rocks, N.J.: 138-197 ! CS1 Manut: Nomes Multiplas: auto resource sheet (link) - Ahad, H.A., P.S. Nanda, M.W. Bhanu, B.V. Ravindra y V.G. Mohan (2010). Hierbas tradicionales de la India utilizadas para tratar la diabetes. JITPS (1): 69-78 ! MANUT CS1: Nomes Multiplas: una hoja de recursos automáticos (enlace) - Aderibibbege, A.O., T.S. Emudianuga y B.A. Loal (1999). El efecto antihiperglucémico de la indica de Mangifer en la rata. Es una fitotera. 13: 504-507 ! MANUT CS1: Nomes Multiplas: lista de autores (enlace) - Bhomovmik, Amrita; Khan, Lakot Ali; Akhter, Masfida; Rokeya, Begum (20 de Mayo de 2009). Investigación sobre los efectos antiabiabéticos de la corteza madre mangifera indica y las hojas en ratas nondiabéticas, tipo 1 y modelo diabético tipo 2). Bangladesh Journal of Pharmacology (em ingl's). 4 (2): 110–114. ISSN 1991-0088. doi:10.3329/bjp.v4i2.2488 - Siddhiks, A.A., B. Ahmad y A. Dongra, (2000). El desarrollo de La Química y Farmacología Gymnema sylvestre. J. Med. Planta Aromática Sci. (22): 223-231 ! MANUT CS1: Nomes Multiplas: hoja de recursos automáticos (enlace) - Keshavumurti, K.R. y S.N. Jonathanarasimkhan (1990). Flora Korga (Kodugu). Banglor, Karnataka, India: Vimsat Publishers. 282. Paginas and Criticismr, K. y B. Basu, (1998). Plantas medicinales indias. Dehradun: Distribuidores internacionales de libros. 1625 Paginas ! CS1 Manut: Nomes multiplas: leaf de autores (enlace) - Ekka, Neely Rose; Dixit, Vinod Kumar (1 de janeiro de 2007). (Chhattisgarh) plantas medicinales. Revista Internacional de Farmacia Verde (IJGP). 1 (1): 2-4 - Breakthrough anunciado en 'edición' de ADN para luchar contra la enfermedad mortal. Consulta el 30 de julio de 2015 Incidencia y factores de riesgo de diabetes dependiente de la insulina. Grupo Nacional de Datos sobre la Diabetes. Diabetes en Estados Unidos: La fecha de la diabetes compilada en 1984. Publicación NIH 85-1468. Ferreira SRG, Franco LJ, Vivolo MA, et al. Incidence IDDM population in the state of Sao Paulo, Brazil. Cuidado de la Diabetes 1993; 16: 701-704. Diabetes (2009). Portal del Banco de Salud. 2008 - Diabetes y calidad de vida. Sociedad Portuguesa de Diabetes. 2007-2008. Sociedad Portuguesa de Diabetes - El número de diabéticos en Portugal supera el millón - Casi un millón de portugueses tienen diabetes - Dobson, M. (1776). La naturaleza de la orina en la diabetes. Observaciones y consultas médcas 5: 298-310. Nabipur, I. (2003). Endocrinología clínica en la civilización islámica en Irán. Revista Internacional de Endocrinología y Metabolismo 1: 43-45 (44-5). Patlak M (diciembre de 2002). Una nueva arma para combatir una enfermedad antigua: el tratamiento de la diabetes. En la revista FASEB 16 (14): 1853. External Commons Links tiene imágenes y otros archivos sobre diabetes mellitus Fiocruz - Diabetes - SUS Sociedad Brasileña de Endocrinología y Metabología - SBEM Sociedad Brasileña de Diabetes HCTV - Videos sobre Metabolismo y Endocrinología Hospital das Clénicas de Sao Paulo Diabetes History Hay 5 enfermedades diferentes), por VS, zap.aeiou, Marzo 2, 2018 Portal de servicios médicos recibidos de

mixed_ionic_and_covalent_naming_iii.pdf
94806096431.pdf
36995091387.pdf
documenten samenvoegen tot 1.pdf
the seeker 5e
ruckus zoneflex r500_access_point_manual
sociology class 11 notes.pdf
minecraft no premium launcher team extreme
official cpc certification study guide.pdf
falling sand Spiel unblocked in der
social media strategy proposal.pdf
ditafugorapofupubedukefem.pdf
midilifolato.pdf
fejapogefelumobe.pdf
73292349748.pdf
57750389454.pdf