

8. Discusión

Los resultados de esta investigación responden la pregunta de investigación propuesta. Se observó cuál es la relación de los datos sugeridos para el escalonamiento terapéutico. Se utilizaron los datos como sexo, características sociodemográficas, índice de masa corporal. En cuanto al sexo se encontró una mayor distribución de mujeres. Afirma Terechenko (9) en su estudio de adherencia al tratamiento de aspecto descriptivo, transversal, prospectivo de los pacientes con DM2 adultos el 61% de son mujeres, como es el caso en la población de estudio. Respecto al índice de masa corporal, la mayoría se encontraba con sobrepeso al momento del diagnóstico con un aumento al final del periodo de estudio con obesidad tipo 1. Comparando con el estudio de Terechenko (9) realizado en Latinoamérica se encontraron datos similares con el 46% de la población presentaba sobrepeso, el 42% eran obesos y el 12% tenían normopeso. No se encontró ningún individuo con bajo peso.

Se inició tratamiento de acuerdo a los criterios diagnósticos de la ADA en la población de estudio. De acuerdo con Torre (10) que propone que al inicio de tratamiento variará en función del grado de control previo, la edad, la presencia de enfermedades asociadas y el uso concomitante de otros fármacos. Comparando con el estudio de Carretero (11), el objetivo inicial del tratamiento de los pacientes con diabetes es alcanzar niveles de glucosa en sangre tan bajos como sea posible sin aumentar el riesgo de hipoglucemia. El tratamiento inicial de la diabetes tipo 2, por lo general, se basa en un control dietético, disminución de peso y la práctica de ejercicio físico, aunque a la larga todo ello no basta. Como se observa el tratamiento tiene que ser escalonado tomando en cuenta las necesidades de cada paciente.

En relación con el primer escalón de tratamiento, se encontró que la metformina fue el medicamento más prescrito durante el periodo del estudio. Afirma American Diabetes Association (2) que propone como primera alternativa un tratamiento inicial que consiste en una dieta adecuada a su estado ponderal (hipocalórica en caso de sobrepeso y normocalórica en caso de normopeso) y una pauta de ejercicio físico

adecuada. Proponiendo a la metformina como segunda alternativa, si en un período de 2 a 3 meses no se consigue un control adecuado. De acuerdo con Torre (10) que propone como primera alternativa, la sulfonilurea, las cuales tienen el objetivo como secretagogos potentes inducen un riesgo importante de hipoglucemia, aunque este riesgo es distinto según el principio activo que se utilice. Se asocian también a un incremento de 1-3kg de peso.

Actualmente, la metformina es considerada de elección al mejorar también los componentes del síndrome metabólico y reducción de morbimortalidad considerada por múltiples guías del tratamiento de la DM2 como la International diabetes federation del 2015), Asociación Latinoamericana de diabetes del 2016, Canadian Diabetes Association del 2016. Generalmente es el primer medicamento de elección en el sector salud, como se observa en los resultados y con un significativo descenso en los niveles de glucemia de los pacientes diabéticos a corto plazo, considerando deficiente a largo plazo la monoterapia. Se recomienda como fármaco de primera elección en pacientes con sobrepeso, aunque algunas guías recomiendan considerarla de primera línea también en los pacientes sin sobrepeso, según Olmo (12).

En relación con el segundo escalón de tratamiento, se encontró metformina-glibenclamida de mayor prescripción en el periodo de estudio. De acuerdo con la ADA, se propone que es segundo escalón se utiliza en aquellos pacientes en los que no se han conseguido los objetivos de control o que, tras un periodo de buen control, presentan un deterioro por la evolución de su diabetes, es necesario añadir un segundo fármaco. La combinación de elección es la asociación metformina-sulfonilureas es la combinación más estudiada y ha demostrado su eficacia y seguridad.

Existen más alternativas o combinaciones con la metformina como medicamento de base, de acuerdo con Reyes (13) lo divide en grupo A (combinación de fármacos doble) que son las combinaciones se ha demostrado su eficacia por encima de la glibenclamida, por ejemplo: acarbosa, tiazolidinediona, meglitinida, inhibidor DPP4, agonista GLP-1. Sin embargo, el cuadro básico de primer nivel en el sector salud

en México es deficiente para el tratamiento adecuado de los pacientes con niveles de glucemia de difícil control. Comparando con Ayala Prado (14) cuando no se consigue un control adecuado, puede añadirse un segundo fármaco de diferente mecanismo de acción, con ajuste progresivo de dosis, hasta conseguir los niveles de glucemia deseados: sulfonilurea más metformina, sulfonilurea más inhibidor de la alfa-glucosidasa, sulfonilurea más glitazona, metformina más acarbosa y metformina más glitazona, como se observó en el estudio realizado después de la monoterapia se agrega un segundo medicamento para mejorar el control de la glucemia y sus complicaciones.

Finalizando, con el tercer escalón de tratamiento, se encontró las combinaciones de metformina con insulina lispro-protamina o insulina glargina. Este tercer escalón del tratamiento se realiza cuando los pacientes son tratados con 2 fármacos orales y con mal control metabólico. Como propone Torres (10), la introducción de la insulina en el régimen terapéutico tras el fracaso de una terapia combinada doble, efectuará un beneficio a largo plazo con una disminución en las complicaciones de la diabetes mellitus y un mejor control de la glucemia.

Según Gil-Velázquez (15) recomienda iniciar el tratamiento con insulina cuando no se llega a la meta de control glucémico, a pesar del cambio en el estilo de vida y del uso de hipoglucemiantes orales y en la revisión de Ayala Prado (14) cuando no se consigue un control adecuado con terapia oral combinada, puede pasarse a la administración de un fármaco oral combinada con insulina nocturna o a un tratamiento insulínico completo. Esto es algo propuesto es varios estudios hechos en Latinoamérica y a nivel Internacional como en este estudio comprobó es el tercer escalón en el tratamiento para la diabetes.

Conociendo las ventajas de la terapia triple o insulina con metformina, se recomienda realizar el escalonamiento terapéutico a pacientes con difícil control dentro de un periodo de 3 meses después tratamiento con hipoglucemiantes orales, considerar la cifra de HbA1c, el predominio de la hiperglucemia en ayunas o bien la presencia de complicaciones (insuficiencia renal, cardiaca o hepática).

Con todo lo que podemos saber sobre el escalonamiento terapéutico y sus indicaciones, siempre hay que tener en cuenta la educación del paciente que es el factor clave que debe ser combinada con intervenciones motivacionales centradas en producir cambios significativos en el comportamiento del paciente con relación a su enfermedad y su tratamiento según Urbán-Reyes (16).

La mayor limitación que se presentó para realizar este estudio fueron el número de pacientes a los cuales se pudo obtener un registro de la hemoglobina glucosilada dentro del periodo de estudio, comprobando que los pacientes eran diabéticos confirmados.