UNIVERSIDAD DEL SURESTE

FARMACOLOGIA

DOC. MIGUEL BASILIO ROBLEDO

ENSAYO

ANA LUISA ORTIZ RODRÍGUEZ.

**INTRODUCCION**

La diabetes mellitus según la NOM-015-SSAA-2010 para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus la categoriza como una epidemia reconocida por la Organización Mundial de la Salud como una amenaza mundial.

En cambio, la guía de práctica clínica para diabetes mellitus la define como una enfermedad crónica que de desencadena cuando el páncreas no produce la suficiente insulina, o cuando el organismo no puede utilizar con eficiencia la insulina que produce. Donde la diabetes tipo 2 se concentra más en adultos mayores, pero se observa cada vez más en niños, adolescentes, adultos jóvenes por el incremento en los niveles de obesidad, sedentarismo, y una dieta inadecuada.

Tanto en la diabetes tipo 1 como en la diabetes tipo 2, diversos factores ambientales y genéticos pueden resultar en la pérdida progresiva de la función y/o la masa de células beta que se manifiesta clínicamente como hiperglucemia. Una vez que la hiperglucemia aparece, los pacientes con cualquier forma de diabetes se encuentran en riesgo de desarrollar las mismas complicaciones crónicas, aunque las tazas de progresión pueden cambiar dependiendo la afectación que ha causado dicha enfermedad.

La diabetes mellitus tipo 2 constituye en la actualidad un reto para la salud publica mundialmente, lo que genera que su incidencia aumente de forma considerable y secundariamente, posicionándose entre las 10 primeras causas de muertes a nivel mundial, generando una causa frecuente de discapacidad en la población joven económicamente activa, empobreciendo a las familias o reduciendo la esperanza de vida.

Actualmente, según la guía de práctica clínica para la prevención y tratamiento para la diabetes, no existe cura para la diabetes, pero existen los diferentes métodos desde medicamentos, equipos de detección, técnicas de educación y mejores procedimientos, para poder lograr un cambio, dado la renuencia por parte de los pacientes para el uso de insulina.

Consideremos que tanta efectividad tendrá el tratamiento, cuales son los beneficios que obtendrá el paciente, y si hay nuevos esquemas de tratamiento para los pacientes, dado a esta información el objetivo de este ensayo es enfatizar los tratamientos en beneficio, la eficacia y las contraindicaciones que presenta cada uno de ellos para lograr el mejoramiento del paciente y pueda llevar una vida sana y equilibrada.

**DESARROLLO**

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

Según la NOM-015-SSAA-2010 la clasificación de la diabetes se presenta en diabetes tipo 1, en la que existe la destrucción de las células beta del páncreas, generalmente en la deficiencia absoluta de la insulina. Los pacientes pueden ser de cualquier edad, casi siempre delgados y suelen presentar comienzo abrupto de signos y síntomas con insulinopenia antes de los 30 años de edad. La diabetes tipo 2, en la cual se presenta la resistencia a la insulina y una deficiencia en su producción. Puede ser absoluta o relativa, los pacientes suelen ser mayores de 30 años cuando se hace el diagnostico, presentan obesidad, y presencia de síntomas. La diabetes gestacional, es la alteración en el metabolismo de los hidratos de carbono que se detecta por primera vez durante el embarazo, esta traduce una insuficiente adaptación a la insulinoresistencia que se produce en el gestante.

Como factores de riesgo está la obesidad, sedentarismo, mala alimentación, factores genéticos, que desencadenan dicha enfermedad, el diagnostico debe estar basado en la evolución de los datos clínicos, así como los complementarios específicos como el péptido C, insulina en ayunas y marcadores inmunitarios, los estudios recomendados son glucemias en ayunas y post pandrial de dos horas, así como la hemoglobina glucosilada al inicio y después de 3-4 meses de tratamiento manteniendo un rango de 6.5 a 7 como un paciente de buen control al tratamiento indicado.

También se debe evaluar el perfil lipídico y la presencia o no de micro albuminaría. la Sociedad Americana de Diabetes, recomienda que, si el paciente tiene 10 o más años de edad, o se encuentra en etapa puberal, y además es obeso o presenta sobrepeso, se está valorando posible diabetes mellitus tipo 2 o prediabetes, se realiza pruebas de tolerancia a la glucosa midiendo glucemia basal y a las dos horas. Si los resultados son normales repetir cada 3 años o al incremento del peso.

El manejo del tratamiento en un paciente con diabetes mellitus tipo 2 representa varios esquemas según el seguimiento y predisposición del paciente para llevarlo a cabo.

Según la guía de práctica clínica para la prevención de diabetes el tratamiento debe ser multifactorial, enfocado en un adecuado control de los factores de riesgo, incluyendo hipoglucemias, dislipidemias, hipertensión arterial, y tabaquismo.

De primera línea el tratamiento que se debe seguir es una dieta balanceada, actividad física, cambio en el estilo de vida, y el medicamento de primera línea metformina iniciando dosis de 400mg diarios e incrementar de manera gradual cada tercer o quinto día hasta alcanzar la dosis meta para evitar efectos gastrointestinales. En dado caso que el paciente sea alérgico a la metformina o se encuentre contraindicada se hace uso de un inhibidor de DPP-4 o pioglitazona.

En el paciente que no alcanza sus metas de control con la monoterapia, se le agrega un segundo fármaco y se inicia una terapia dual en este caso el uso de metformina continua y se agrega un inhibidor de DPP-4 ya que estos fármacos tienen mejor efectividad y seguridad, en dado caso que no se pueda administrar este fármaco se agrega un inhibidor de SGLT2, como segunda opción en una terapia dual.

El paciente que no logra sus metas de control la terapia dual, se empieza una triple terapia con los dos fármacos anteriores y se agrega un fármaco agonista del receptor GLP-1, en casos con de pacientes con un IMC mayor a 30 se le agrega inhibidores SLGT2. En caso de que no se logre la meta con este tratamiento se agrega insulina.

El uso de insulinas se debe de manejar con una ultrarapida, y una de acción lenta para mantener la curva en estabilidad, la insulina NPH es recomendada como una de las mejores ya que mantiene al paciente con una duración de efectividad de 10-20 horas.

Un paciente que presente con DM2 y EVC los fármacos que pueden ayudar son la empagliflozina, dulaglutida o liraglutida. En pacientes con insuficiencia cardiaca las gliflozinas se va encargar de reducir las hospitalizaciones de pacientes que presentan DM2 con alto riesgo. En los efectos renales las gliflozinas van a reducir el deterioro renal, como también las liraglutida van a disminuir el desarrollo de macroalbuminuria.

También tenemos que tomar en cuenta fármacos que se deben de utilizar ya que, aún no encontrado su utilidad en concreto, como la canagliflozina que está asociado a mayor riesgo de fracturas, la semaglutida que se ha asociado a mayor riesgo de retinopatía especialmente en pacientes tratados con insulina.

**CONCLUSION**

Debemos entender que la diabetes mellitus es una enfermedad multifactorial, que se ha convertido en unos de los mayores problemas de salud con altos estándares en la mortalidad y morbilidad, ya que va depender de las comorbilidades que presente el paciente, asimismo los factores de riesgo ya descritos anteriormente, que va a ir desarrollando el paciente con diabetes.

Se describieron los tratamientos adecuados según el grado de disposición del paciente, así como el uso de cada uno de estos fármacos que van a actuar para el mejoramiento del paciente diabético, comprender que el uso adecuado de estos fármacos, desde las combinaciones y los factores de riesgo que ya presenté el paciente.

Por la tanto se agregó el uso de insulinas donde el paciente normalmente se encuentra renuente a la aplicación de esta misma, ya que no comprende los beneficios que les puede proporcionar, en un paciente que lleve un manejo adecuando con monoterapia, incluya en su estilo de vida dieta y ejercicio es un paciente con un manejo adecuado de su glucosa y no requiere el uso de insulina, ahora un paciente con todo lo contrario y no se llega a las metas ni con el resto de las terapias expuestas anteriormente se debe aplicar la insulina para poder llegar a las metas establecidas, logrando el objetivo de estabilizar al paciente y obtener las metas deseadas. Cabe recalcar que obtenidas dichas metas no se debe de dejar el tratamiento, solo reducir la ingesta de fármacos si es necesario, o disminuir la dosis.

Tratar pacientes diabéticos es muy complejo, ya que dependerá de la situación y estado del paciente, como también el compromiso que debe de adquirir el paciente, para poder lograr cambios en el progreso de su enfermedad y combatir los factores de riesgo y las enfermedades que se presenten a medida que avanza la enfermedad.

**BIBLIOGRAFIA**

coordinación Técnica de Excelencia Clínica. (2018). gpc- IMSS-718-18. *GPC*, 52.

martinez, f. c., torres, y. b., & aballe, m. c. (2020). diabetes mellitus tipo 2. *ciencia y salud*, 10.

MAURICIO HERNANDEZ AVILA. (2010). NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010. *DIARIO OFICIAL*, 40.

oms. (2016). Informe mundial sobre la diabetes. *OMS*, 88.