

Comentario al artículo “Principales factores clínicos asociados a hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2”



Comment on the article: “Main clinical factors associated with hypoglycemia in patients with type 2 diabetes”

Juan Eduardo Mendoza-Abarca^{1a}

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General Regional No. 1, “Dr. Carlos Mac Gregor”, Servicio de Medicina Interna. Ciudad de México, México

ORCID: [0009-0001-3018-2891](https://orcid.org/0009-0001-3018-2891)^a

Comunicación con: Juan Eduardo Mendoza Abarca
Correo electrónico: eduardomendoz@hotmail.com

Leímos con interés la publicación titulada “*Principales factores clínicos asociados a hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2*”, en la cual se destaca la relevancia del tiempo desde el diagnóstico, la edad y la escolaridad como factores de riesgo no modificables para la hipoglucemia detectada en la sala de urgencias. En este contexto, proponemos un argumento para sugerir la realización de un subanálisis del tratamiento farmacológico por tipo específico de fármaco, con el cual se podría evidenciar un factor de riesgo modificable para la prevención de la hipoglucemia en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Palabras clave: LDiabetes Mellitus Typo 2; Hipoglucemia; Insulina; Gliburida

We read with interest the publication titled “*Principales factores clínicos asociados a hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2*”, which highlights the relevance of time since diagnosis, age, and educational level as non-modifiable risk factors for hypoglycemia detected in the emergency department. In this context, we propose an argument suggesting the need for a subanalysis of pharmacological treatment by specific drug type, which could reveal a modifiable risk factor for the prevention of hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Diabetes Mellitus, Type 2; Hypoglycemia; Insulin; Glyburide

Estimado editor y estimada Dra. Sánchez González:

Agradecemos su valiosa contribución al conocimiento sobre el tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que presentan hipoglucemia. Su estudio¹ resulta especialmente relevante, ya que —como bien reconocen los autores— la hipoglucemia es posiblemente la descompensación menos estudiada y, sin embargo, la más frecuente en este tipo de pacientes.

Destacamos especialmente la utilidad de sus conclusiones al relacionar la hipoglucemia con factores como el grupo etario, la escolaridad y el tiempo desde

el diagnóstico. Desafortunadamente, ninguno de estos factores constituye un riesgo modificable. Por otro lado, el reporte de un valor de $p = 0.079$ en relación con el tipo de tratamiento farmacológico disminuye, en nuestra opinión, la fuerza del hallazgo. Esto se debe en parte a la categorización artificial de los tratamientos farmacológicos orales en grupos amplios (ninguno, oral, insulina, mixta), lo cual diluye la especificidad de los análisis.

Por ello, me permito, respetuosamente, enviar esta carta con la intención de argumentar a favor de la realización de un subanálisis de sus resultados, con el objetivo de identificar posibles factores de riesgo modificables para hipoglucemia en este grupo de pacientes.

Me parece especialmente relevante que, en la introducción del estudio, se reconozca que entre las principales causas de hipoglucemia se encuentra el uso de ciertos fármacos, como sulfonilureas, insulina y meglitinidas. Es bien sabido que los inhibidores de SGLT2 y los DPP-4 muestran una reducción de eventos cardiovasculares en comparación con las sulfonilureas, las cuales presentan un riesgo particularmente alto de hipoglucemia,² especialmente la glibenclamida. Además, las sulfonilureas tienen menor potencia que la insulina, y su uso debe valorarse cuidadosamente al iniciar o mantener tratamientos, como lo recomienda la Asociación Americana de Diabetes.³

En el caso de las guías nacionales, se desaconseja el inicio de tratamiento farmacológico con sulfonilureas, y solo se sugiere su uso cuando no es posible recurrir a inhibidores de DPP-4 o SGLT2.⁴ Asimismo, este grupo farmacológico ha sido identificado como el que presenta peor efecto en términos de mortalidad en pacientes con riesgo cardiovascular, llegando incluso a mostrar un incremento en el riesgo de muerte (IC95%: 0.92 a 1.29), según la revisión de Tsapas en 2020.⁵

Debido a lo anterior, cabría esperar que el uso de glibenclamida a nivel nacional fuera bajo, en comparación con la metformina, que es el tratamiento de primera línea. No obstante, según datos del portal de compras del IMSS,⁶ en 2019 se adquirieron 17,049,152 cajas de glibenclamida (50 tabletas por caja), lo que equivale —asumiendo un consumo de dos tabletas diarias por paciente— a aproximadamente 8.5 millones de tratamientos mensuales. Para ese mismo año, se reportó la compra de 38,830,470 cajas de metformina (30 tabletas por caja), lo que representa 19.5 millones de tratamientos al mes. Es decir, por cada dos personas tratadas con metformina, hay una tratada con glibenclamida.

Reconocemos que este análisis presenta limitaciones: se basa en datos antiguos, no se dispone de información específica sobre combinaciones de tratamiento, ni se incluyen otras sulfonilureas con menor riesgo de hipoglucemia. Aun así, permite ilustrar que el número de pacientes tratados con glibenclamida podría acercarse a la mitad del total tratado con metformina, lo que podría significar cerca de ocho millones de personas.

El subanálisis propuesto por la Dra. Sánchez González podría generar conclusiones de gran utilidad clínica: identificar factores de riesgo prevenibles, evidenciar

el incumplimiento de guías nacionales e internacionales, y reforzar los argumentos contra el uso de la glibenclamida, fármaco antes conocido como gliburida y rebautizado para distanciarse de su mala reputación en países desarrollados. Actualmente, este medicamento presenta escasos nichos terapéuticos, múltiples efectos adversos y, sin embargo, representó para el IMSS un gasto de \$76,891,675.52 en 2019.

Referencias:

1. Sánchez-González B del C, Tapia-Venancio M, García-Galicia A. Principales factores clínicos asociados a hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/ZENODO.14200033>
2. Qaseem A, Obley AJ, Shamiliyan T, et al. New Pharmacologic treatments in adults with type 2 diabetes: a clinical guidelines from the American College of Physicians. *Ann Intern Med.* 2024;177(5):658-66.
3. American Diabetes Association Professional Practice Committee. Pharmacologic approaches to glycemic treatment: Standards of care in diabetes-2025. *Diabetes Care.* 2025;48(Supplement 1):S181-206. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2337/dc25-S009>.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento farmacológico de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de práctica clínica. México: IMSS; 2018. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/718GER.pdf>
5. Tsapas A, Avgerinos I, Karagiannis T, et al. Comparative effectiveness of glucose-lowering drugs for type 2 diabetes: A systematic review and network meta-analysis. *Ann Intern Med.* 2020;173(4):278-86. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/M20-0864>
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Adquisiciones del IMSS. México: IMSS; [fecha de publicación o actualización desconocida] [consultado 2025 Mar 30]. Disponible en: <http://compras.imss.gob.mx/?P=imsscomprofich&f=22418156>

Cómo citar este artículo: Mendoza-Abarca JE. Comentario al artículo "Principales factores clínicos asociados a hipoglucemia en pacientes con diabetes tipo 2". *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2025;63(4):e6094. doi: 10.5281/zenodo.15644301