



ISSN: 1697-090X

Rev Electron Biomed / Electron J Biomed 2009;2: 6-8.

Inicio  
Home

Indice del  
volumen  
Volume index

Comité Editorial  
Editorial Board

Comité Científico  
Scientific  
Committee

Normas para los  
autores  
Instruction to  
Authors

Derechos de autor  
Copyright

Contacto/Contact:



## Editorial:

# ¿ES BENEFICIOSO EL CONTROL INTENSIVO DE LA GLUCEMIA?

**Prof. Francisco Abad Santos PhD.**

**Profesor Titular de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid.  
Servicio de Farmacología Clínica. Hospital la Princesa.  
Madrid. España**

[fabad.hlpr @ salud.madrid.org](mailto:fabad.hlpr@salud.madrid.org)

### English version

Las enfermedades cardiovasculares son una de las principales causas de morbimortalidad y la *diabetes mellitus* se está convirtiendo en uno de los principales factores de riesgo. De hecho, la principal causa de muerte en pacientes diabéticos es la enfermedad coronaria. Varios estudios realizados en pacientes con diabetes tipo 1 demuestran que el control estricto de la glucemia reduce más de un 50% la enfermedad coronaria, pero los datos no son tan claros en la diabetes tipo 2 porque se suelen superponer otros factores de riesgo cardiovascular como la hipertensión arterial, la hiperlipidemia y la obesidad. Por estos motivos, algunos autores dudan de si es necesario un control estricto de la glucemia para reducir los eventos macrovasculares y la mortalidad total en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

A raíz de los resultados negativos de varios ensayos clínicos recientes, algunos expertos sugieren que se pueden relajar los esfuerzos para conseguir un control glucémico estricto en los pacientes con diabetes tipo 2. No obstante, esto sería un error porque los beneficios microvasculares del control glucémico estrecho están bien establecidos. Es posible que cada uno de estos estudios no tuviese un poder suficiente para detectar un beneficio cardiovascular porque la diferencia entre los dos grupos de comparación (control glucémico estándar o estricto)

**fuese pequeña o la duración del seguimiento fuese demasiado corta. Un metanálisis publicado recientemente aporta nueva luz a esta cuestión<sup>1</sup>**

**Este metanálisis combina los resultados de 5 ensayos clínicos recientes, con un total de 33.040 pacientes, en los que participaron pacientes con diabetes tipo 2 estables que se asignaron aleatoriamente a un tratamiento antidiabético estándar o intensivo. El tratamiento antidiabético intensivo evaluado era diferente en cada estudio y se basaba en sulfonilureas, metformina, glitazonas, insulina o una combinación de varios de ellos durante una media de 5 años.**

**El análisis final reveló que el tratamiento hipoglucemiante intensivo reduce significativamente la incidencia de infarto de miocardio un 17% y de enfermedad coronaria un 15%. Sin embargo, no se encontró un efecto significativo sobre el ictus ni la mortalidad total, y el tratamiento intensivo se asoció a una mayor incidencia de episodios hipoglucémicos (38.1% de los pacientes vs 28.6% con el tratamiento estándar) y a un aumento de 2,5 kg de peso, lo que puede limitar el beneficio producido sobre otros factores de riesgo cardiovascular.**

**Es importante destacar que los resultados parecen aplicarse a la mayoría de los pacientes, independientemente del nivel basal de hemoglobina glicosilada. La reducción media de HbA1c fue 0.9% mayor con el tratamiento antidiabético intensivo, lo que nos indica que se consigue un mayor control glucémico.**

**Sin embargo, los beneficios cardiovasculares asociados al control glucémico son menores que los que produce la reducción de la presión arterial o el colesterol. Las estimaciones de este meta-análisis nos indican que por cada reducción de 1% en la HbA1c se evitan alrededor de 3 episodios coronarios por cada 200 pacientes tratados durante 5 años, un beneficio inferior al que se consigue por cada reducción de 1 mmol/l (38 mg/dl) de LDL-colesterol o 4 mmHg de la presión arterial (8.2 y 12.5 episodios cardiovasculares prevenidos, respectivamente). Además, la reducción del colesterol con estatinas y el control de la presión arterial disminuyen la mortalidad total, lo que no ocurre con el control intensivo de la glucemia.**

**Por tanto, el riesgo cardiovascular del paciente debe ser valorado globalmente y si es necesario elegir, controlar la hipertensión y la dislipemia deben ser prioritarios, lo cual no significa que debamos olvidarnos de controlar la glucemia lo mejor posible. El médico y el paciente deben sopesar los beneficios esperados con la voluntad y la capacidad de cada paciente concreto para conseguir controlar los principales factores de riesgo. Una aproximación práctica puede ser reducir la HbA1c continuamente con cuidado para evitar los episodios de hipoglucemia grave. El control de la glucemia se debe empezar lo más pronto posible.**

## REFERENCIA

**Ray KK, Seshasai SR, Wijesuriya S, Sivakumaran R, Nethcott S, Preiss D, Erqou S, Sattar N. Effect of intensive control of glucose on cardiovascular outcomes and death in patients with diabetes mellitus: a meta-analysis of randomised controlled trials. Lancet 2009; 373: 1765-1772**

---