

**DIABETES** EN PACIENTES CRÍTICOS RONDAR LOS 150 PUEDE BASTAR

Acercar la glucemia a 100 puede no ser lo mejor

→ Tenerife ha acogido a los asistentes al Congreso de la Sociedad Española de Diabetes. El control de la glucemia, el término diabetes y la nefropatía diabética han ocupado gran parte de las discusiones.

■ José A. Plaza

En el Congreso de la Sociedad Española de Diabetes (SED), que se ha celebrado en Tenerife, el debate en torno al abordaje del paciente diabético en el medio hospitalario y su control glucémico ha sido uno de los más destacados. Francisco Merino, jefe de Sección de Endocrinología y Nutrición del Hospital Universitario La Fe, en Valencia, ha participado de un estudio publicado hace unos días en el *New England* (ver DM del 26-III-09) para explicar esta cuestión.

El ensayo *Nice-Sugar* pretendía demostrar que el control estricto de la glucemia en unidades de cuidados intensivos era beneficioso para el paciente diabético: "Pese a que algunos interpretaron que no lo era tanto, y que el estudio cuestionaba este acercamiento, el trabajo realmente señala

que se trata de una opción positiva", señala Merino.

La conclusión del *Nice-Sugar* es que el control glucémico en unidades de intensivos es fundamental, pero aún es necesario definir

hasta dónde se puede llegar.

El especialista asegura que "quizá el objetivo no sea llegar a una glucemia de 100 mg/dl, sino acercarla a unas cifras cercanas a 140, lo que representa un buen control

METFORMINA...Y LO QUE VENGA

En el vademécum actual del paciente diabético destacan, "por encima de todo, la metformina, la insulina y los secretagogos, aunque la glitazona tiene también su peso". La llegada de moléculas basadas en terapia de incretinas, como GLP1, está generando una enorme expectación "porque los ensayos hablan muy a favor", especialmente en lo referente a los análogos de GLP1 (exenatida y lirafutida).

La eficacia de estas moléculas en el control glucémico "permite unos descensos de hemoglobina glicosilada en 26 semanas de hasta 1,5 y, además, ayudan al control del peso, lo que les convertiría en los únicos fármacos, junto con la metformina, en lograr estos resultados". Francisco Merino cree que el futuro depende de las terapias combinadas, ya que salvo contraindicaciones -la edad y el peso no lo son- "todo paciente con DM2 debe ser tratado con metformina. Cualquier otro fármaco, incluidos los análogos de GLP1, debería actuar junto con esta molécula".



El control glucémico del diabético sigue generando debate.

glucémico para un paciente en cuidados intensivos". El debate, fomentado por la disparidad de resultados obtenidos por los estudios *Advance* y *Accord*, aún está abierto, pero la búsqueda de objetivos no tan exigentes (rondar los 140-150 en vez de forzar hasta los 80-100) parece el camino adecuado.

Guiño al 'New England'

En este sentido, el último documento de consenso en España, protagonizado por las sociedades de Diabetes, Endocrinología y Medicina Interna y por unidades de cuidados intensivos y urgencias, señala que el control glucémico, en unidades convencionales, debe acercarse a la cifra de 126 en glucemias preprandiales y mantenerse por debajo de 180 en las posprandiales. Con res-

pecto a las unidades de intensivos, hace un guiño a las recomendaciones del *Nice-Sugar* y apunta hacia cifras en torno a 150.

Merino también se ha referido a la relación insulina-manejo del peso. Con menos kilos hay una menor necesidad de insulina, pero cuanto más uso se haga de esta hormona, más posibilidades existen de ganar peso. Como modo de paliar este problema, el grupo de Micaela Diamant, del Centro de Diabetes VUMC (Holanda), ha propuesto la insulina detemir como la ideal para reducir la ganancia de peso. El especialista ha sido cauto: "Aún no sabemos qué mecanismos están implicados en la obtención de estos resultados, pero, a falta de confirmados, suponen una buena noticia".