

DIABETES

¿Hasta qué cifras es seguro bajar la hemoglobina glucosilada?

- ▶ La American Diabetes Association recomienda mantener la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) por debajo del 7%.
- ▶ La International Diabetes Federation aconseja un nivel de HbA_{1c} inferior al 6,5%.
- ▶ El control intensivo de la HbA_{1c} no parece mejorar el riesgo de mortalidad cardiovascular, de infarto no mortal y de complicaciones microvasculares, y en cambio ocasiona un 30% más de hipoglucemias.

J.C. Aguirre Rodríguez

Grupo de Diabetes. SEMERGEN

La hiperglucemia mantenida se relaciona con una mayor mortalidad en los pacientes con diabetes tipo 2, así como con la aparición de complicaciones tanto macrovasculares como microvasculares. Sin embargo, parece que el tratamiento intensivo de la glucemia no reduce la aparición de episodios cardiovasculares ni la mortalidad total; de hecho, en 2008 el incremento de la mortalidad entre pacientes diabéticos sometidos a un tratamiento más intensivo obligó a paralizar de forma precoz algún que otro estudio. Por otra parte, en cambio, parece producirse un efecto beneficioso sobre las complicaciones microvasculares cuando el tratamiento de la hiperglucemia es más drástico.

Los autores del estudio que aquí comentamos se propusieron comparar el efecto del tratamiento intensivo (valores de hemoglobina glucosilada [HbA_{1c}] de 6-6,5) y el convencional en relación con la mortalidad global, la mortalidad cardiovascular, la incidencia de infarto de miocardio no mortal, la presencia de complicaciones microvasculares y las hipoglucemias en pacientes con diabetes tipo 2.

En la revisión de Hemmingsen et al. se incluyeron 28.614 pacientes, proce-

dentales de 40 ensayos clínicos distintos (15.269 pertenecían al grupo de tratamiento intensivo y 13.345 al de tratamiento convencional), y se analizaron las diferentes variables. En 12 de los ensayos, el control intensivo no se asoció a un mayor riesgo de mortalidad cardiovascular ni a la presencia de complicaciones cardiovasculares. En 8 ensayos se observó una reducción del riesgo de infarto de miocardio, en 3 una disminución de las complicaciones microvasculares y en 7 una reducción de la retinopatía. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la presencia de nefropatía entre los dos grupos de tratamiento. Lo que sí constataron los autores fue la presencia de hipoglucemias, ya que la consecución de los posibles beneficios señalados fue a costa de un 30% más de hipoglucemias en el grupo de control intensivo.

Tras un pormenorizado resumen de los principales ensayos, mediante tablas muy detalladas y una discusión muy documentada (122 referencias bibliográficas), los autores concluyen señalando algo que ya se intuye desde la propia introducción de su trabajo: que el control intensivo de la glucemia en los diabéticos tipo 2 no parece reducir, ni mucho menos, todas las causas de mortalidad; los datos aportados por los diferentes ensayos son insuficientes para probar o refutar una dis-

minución del riesgo de mortalidad cardiovascular, infarto agudo de miocardio no mortal, complicaciones microvasculares o retinopatía. Por ello, acaban sugiriendo que la American Diabetes Association y la International Diabetes Federation deberían unificar sus criterios para evitar la confusión, dado que la primera recomienda mantener unos valores de HbA_{1c} inferiores al 7% mientras que la segunda aconseja un control más estricto, con una HbA_{1c} inferior al 6,5%. ■

Hemmingsen B, Lund SS, Glud C, Vaag A, Almdal T, Hemmingsen C, et al. Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials. *BMJ*. 24 de noviembre de 2011; 343: d6898. Doi: 10.1136/bmj.d6898.