



## Control intensivo de la glucosa en diabéticos tipo 2 (nuevos datos del estudio ACCORD)

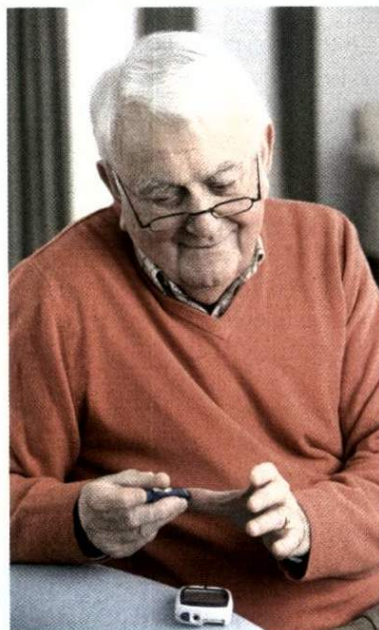
- **Mantener una hemoglobina glucosilada ( $HbA_{1c}$ ) por debajo del 6% reduce el número de infartos de miocardio no mortales**
- **Sin embargo, este control estricto de la  $HbA_{1c}$  aumenta la mortalidad total por cualquier causa**
- **Hay que ser extremadamente cautos con el grado de control de nuestros pacientes diabéticos; sólo conviene ser exigentes con los más jóvenes y los que presenten una diabetes menos evolucionada**

Selección y comentario de artículos de esta sección realizados por  
**Juan Carlos Aguirre Rodríguez**  
Centro de Salud Casería de Montija (Granada).  
Grupo de Trabajo de Diabetes de SEMERGEN

Los pacientes con diabetes tipo 2 sin historia de infarto de miocardio previo tienen un riesgo cardiovascular equivalente a los sujetos no diabéticos que sí han sufrido un infarto. Esta observación hizo que el Adult Treatment Panel III propusiese considerar la diabetes como un equivalente coronario y que recomendase, por tanto, tratar de forma intensiva todos los factores de riesgo. Sin embargo, cabe preguntarse hasta qué punto pueden soportar los pacientes diabéticos un abordaje intensivo de la enfermedad.

Antes de la publicación de este trabajo, ya sabíamos que el tratamiento intensivo de la glucemia incrementa la mortalidad en los pacientes diabéticos con una enfermedad evolucionada y un alto riesgo cardiovascular. Este estudio evalúa el resultado del control intensivo de la glucemia sobre la mortalidad y los episodios cardiovasculares 5 años después de la intervención.

Los diabéticos con una enfermedad cardiovascular o factores de riesgo adicionales fueron asignados a dos grupos: uno fue sometido a un control estricto de la glucosa (objetivo de hemoglobina glucosilada [ $HbA_{1c}$ ] <6%) y



el otro recibió el tratamiento habitual (objetivo de  $HbA_{1c}$  de 7-7,9%). Tras 3,7 años de tratamiento intensivo, se siguió a estos pacientes durante 5 años más, manteniéndose un objetivo de  $HbA_{1c}$  semejante al del otro grupo (7-7,9%). Antes de finalizar la intervención, el grupo sometido a un control estricto no presentó diferencias respecto al otro grupo en la variable principal: combinación de infarto de miocardio no mortal, ictus no mortal o muerte de origen cardiovascular ( $p=0,13$ ); en cambio, sí hubo más muertes atribuibles a cualquier causa (riesgo relativo [RR]: 1,21) y menos infartos de mio-

cardio no mortales (RR: 0,79). Esta tendencia se mantuvo durante todo el periodo de seguimiento.

Una vez finalizada la fase de tratamiento intensivo, la  $HbA_{1c}$  del grupo de estudio pasó de 6,4 a 7,2%; el uso de hipoglucemiantes, la presencia de hipoglucemia severa y otros efectos adversos fueron similares en ambos grupos.

Los autores concluyen que en los diabéticos tipo 2 el control intensivo de la glucosa durante años (3,7 años como media) disminuye la aparición de infarto de miocardio no mortal, pero aumenta la mortalidad atribuible a cualquier causa.

Por tanto, los resultados de este trabajo, aunque matizan los datos ya conocidos, siguen indicándonos la necesidad de plantearnos de forma individual el grado de control de nuestros pacientes: habrá que ser más tolerantes con los que tienen una mayor edad y una menor esperanza de vida, y más estrictos con los diabéticos de diagnóstico reciente y los pacientes más jóvenes. ■

The ACCORD Study Group. Long-term effects of intensive glucose lowering on cardiovascular outcomes. *N Engl J Med.* 2011; 364: 818-828.