

das y el control glucémico, así como los resultados clínicos. Hallaron que las fórmulas de nutrición enteral especializadas facilitaron la reducción del uso de insulina y mejoraron el control glucémico. No se encontraron asociaciones significativas con los resultados clínicos; sin embargo, esto probablemente se deba a la variación en los diseños de los estudios y los grupos objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Amiel SA, Aschner P, Childs B, Cryer PE, de Galan BE, et al. Hypoglycaemia, cardiovascular disease, and mortality in diabetes: epidemiology, pathogenesis, and management. *The Lancet Diabetes and Endocrinology* 2019;7(5):385-396. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30315-2.
- Bohé J, Abidi H, Brunot V, Klich A, Klouche K, et al. Individualised versus conventional glucose control in critically ill patients: the CONTROLING study. A randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine* 2021;47(11):1271-1283. doi: 10.1007/s00134-021-06526-8
- Carvalho G, Lattermann R, Codere-Maruyama T, Schricker T. Glucose and insulin administration while maintaining normoglycemia: The GIN concept. *Minerva Anestesiologica* 2013;79(1):74-82.
- Doola R, Preiser JC. Nutritional therapy in critically ill patients with diabetes. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 2022;25(2):93-98. doi: 10.1097/MCO.0000000000000807.
- Eckert I, Kumbier MCC, Silva FM, de Almeida JC. Association of specialized enteral nutrition with glycemic control and clinical outcomes in critically ill patients. A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Nutrition* 2021;40(6):3940-3949. doi: 10.1016/j.clnu.2021.04.030.
- Thouy F, Bohé J, Souweine B, Abidi H, Quenot JP, et al. Impact of prolonged requirement for insulin on 90-day mortality in critically ill patients without previous diabetic treatments: a post hoc analysis of the CONTROLING randomized control trial. *Critical Care* 2022;26(1). doi: 10.1186/s13054-022-04004-1.

Monitoreo continuo de glucosa en internación: ¿sí o no?

Dr. Javier Remón

El uso del monitoreo continuo de glucosa (MCG) en pacientes hospitalizados es un tema de creciente relevancia, y la evidencia actual se inclina favorablemente hacia su adopción sobre las mediciones capilares intermitentes (POC), aunque con consideraciones importantes.

La principal ventaja del MCG es la mejora significativa del control glucémico. Un metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados demostró que el MCG aumenta el “tiempo en rango” (70-180 mg/dL) y, de manera crucial, reduce el tiempo en hipoglucemia en pacientes no críticos. Este último punto es fundamental para la seguridad del paciente, ya que la hipoglucemia se asocia a un aumento de la morbilidad y mortalidad. Más allá de las métricas glucémicas, estudios en poblaciones de alto riesgo, como pacientes frágiles y críticamente enfermos con COVID-19, han asociado el uso de MCG con una reducción drástica de la mortalidad y estancias más cortas en la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Sin embargo, la tecnología no está exenta de limitaciones. La principal es que mide la glucosa en el fluido intersticial, lo que implica un retraso fisiológico respecto de la glucosa en sangre. Su precisión, cuantificada por la diferencia relativa absoluta media (*mean absolute relative difference*, MARD), puede ser variable y se ve comprometida en pacientes críticamente enfermos con inestabilidad hemodinámica (hipotensión, *shock*) o por sustancias interferentes. Por ello, el MCG no reemplaza por completo las mediciones POC, que siguen siendo necesarias para confirmar valores antes de tomar decisiones terapéuticas críticas.

En conclusión, la respuesta es un rotundo “sí”, pero condicional. El MCG se perfila como el estándar de cuidado emergente gracias a sus demostrados beneficios en seguridad y eficacia. Su implementación exitosa depende de un enfoque híbrido (MCG + POC), con protocolos institucionales claros, integración en los sistemas de salud y una formación adecuada del personal. Para las instituciones dispuestas a adoptar este marco, el MCG representa una herramienta fundamental para mejorar la calidad del cuidado del paciente diabético hospitalizado.

BIBLIOGRAFÍA

- Chagas GCL, Teixeira L, Clemente M, Chagas RCL, Santinelli-Pestana DV, Rodrigues Silva Sombra L, Lima BB, Galindo R, Abreu M. Use of continuous glucose monitoring and point-of-care glucose testing in hospitalized patients with diabetes mellitus in non-intensive care unit settings. A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Diabetes Res Clin Pract* 2025 Feb;220:111986. doi: 10.1016/j.diabres.2024.111986.
- Shang J, Yuan Z, Zhang Z, Zhou Q, Zou Y, Wang W. Effectiveness of continuous glucose monitoring on short-term, in hospital mortality among frail and critically ill patients with COVID-19. Randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2025 Feb 7;27:e67012. doi: 10.2196/67012.
- Nielsen CG, Grigonyte-Daraskeviciene M, Olsen MT, Møller MH, Nørgaard K, Perner A, Mårtensson J, Pedersen-Bjergaard U, Kristensen PL, Bestle MH. Accuracy of continuous glucose monitoring systems in intensive care unit patients: a scoping review. *Intensive Care Med* 2024 Dec;50(12):2005-2018. doi: 10.1007/s00134-024-07663-6.
- Zelada H, Pérez-Guzman MC, Chernavsky DR, Galindo RJ. Continuous glucose monitoring for inpatient diabetes management: an update on current evidence and practice. *Endocr Connect* 2023 Sep 25;12(10):e230180. doi: 10.1530/EC-23-0180.

Manejo de la maduración fetal con corticoides en el embarazo

Dra. María Elena Rodríguez

Históricamente se realizaba la maduración en toda gestante con embarazo complicado con diabetes mellitus (DM). Se administraban dos dosis y se volvía a repetir a la semana, sin observarse disminución en el riesgo de distrés respiratorio, junto con esto se finalizaba la gesta en forma precoz.

Actualmente sabemos que la hiperglucemia materna genera hiperinsulinemia fetal y la misma disminuye el efecto del cortisol fetal sobre la maduración del neumonocito y la producción del surfactante.

Por lo tanto, solo se indicará maduración con corticoides cuando exista riesgo de parto pretérmino cualquiera sea el motivo. Y dado que los corticoides generan hiperglucemia, el control deberá ser estricto y en condiciones de internación.

Podemos concluir que solo se realizará maduración en gestantes cuando la indicación obstétrica por parto pretérmino esté presente, y sin duda en internación independientemente del tipo de DM.

Cetoacidosis euglucémica por ISGLT- 2. Desafío diagnóstico y terapéutico

Dra. Carolina Gómez Martin

La cetoacidosis diabética euglucémica (CADE) asociada al uso de inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (ISGLT-2) representa un cuadro poco frecuente, pero potencialmente grave, caracterizado por acidosis metabólica con aumento del anión gap, cetonemia o cetonuria, y niveles normales o levemente elevados de glucemia (<200 mg/dL)¹. Este perfil bioquímico atípico puede retrasar el diagnóstico y aumentar el riesgo de complicaciones.

Los ISGLT-2, ampliamente utilizados en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y más recientemente en insuficiencia cardíaca y enfermedad renal, promueven la excreción urinaria de glucosa, reduciendo la glucemia y generando un estado catabólico que favorece la cetogénesis.

Diversos mecanismos fisiopatológicos explican la patogénesis de la CADE:

- En primer lugar, se ha demostrado la presencia de receptores SGLT-2 en las células alfa pancreáticas; la dapaglifozina induce un aumento en la secreción de glucagón a nivel pancreático.
- En segundo lugar, en estudios animales, los iSGLT-2 producen una mayor reabsorción tubular renal de cuerpos cetónicos.
- Por último, los iSGLT-2 incrementan la oxidación de grasas y la producción de cuerpos cetónicos en pacientes con DM2.