



Los vínculos entre COVID-19 y la diabetes, conocidos y desconocidos

Harpreet S. Bajaj, MD, MPH

La historia de COVID-19 y la ciencia detrás de la pandemia evoluciona rápidamente todos los días, con una avalancha de publicaciones en varias revistas clínicas y preclínicas.

Aquí, resumo los vínculos conocidos y desconocidos entre la diabetes y el COVID-19, centrándome en tres preguntas clínicas pertinentes.

¿Cómo afecta la diabetes el riesgo de infección por COVID-19?

Al igual que con otras enfermedades respiratorias, como la [influenza A](#) , parece que la diabetes aumenta el riesgo de infección por COVID-19, aunque no se han publicado estudios de prevalencia de COVID-19 que comparen personas con y sin diabetes para respaldar esta presunción.

Varios estudios de [China](#) , [Italia](#) y [Estados Unidos](#) sugieren que la diabetes aumenta los riesgos de complicaciones graves por COVID-19 y mortalidad. En un [estudio](#) chino , las personas con diabetes tenían la segunda tasa de mortalidad más alta (7,3%) después de las enfermedades cardiovasculares (ECV; 10,5%) entre las personas con enfermedades comórbidas.

Aunque es necesario investigar varias preguntas sobre los mecanismos responsables del aumento de la gravedad del COVID-19 con diabetes (disfunción inmunológica, vínculo con comorbilidades como [hipertensión](#) u [obesidad](#) , vínculo con complicaciones como ECV o nefropatía), la pregunta clínica única más importante en mi mente es: ¿Cuál es el papel de lograr la euglucemia en la infección por COVID-19 y su gravedad? Es decir, ¿mejorar el control de la glucosa (de forma crónica en un entorno ambulatorio o de forma aguda en un entorno hospitalario) da como resultado la prevención primaria de la infección por COVID-19 o reduce sus complicaciones y letalidad?

En particular, un [análisis de datos](#) reciente para pacientes hospitalizados con COVID-19 sugirió una [tasa de mortalidad mucho más alta y una mayor duración de la estadía](#) entre aquellos que desarrollaron hiperglucemia durante su estadía en el hospital pero no tenían evidencia de diabetes antes de ser admitidos. De manera similar, una [publicación anterior](#) había encontrado una asociación independiente entre la glucosa en ayunas al ingreso hospitalario y la gravedad del [H1N1](#) .

Sin embargo, la pregunta que debe explorarse más en la [diabetes](#) tipo 1 y [tipo 2](#) es si la hiperglucemia aguda es

realmente un factor causal independiente o simplemente un marcador de una mayor gravedad y mortalidad por COVID-19. Serían de interés clínico investigaciones adicionales sobre la eficacia (o al menos la seguridad) de los medicamentos comunes para la diabetes en relación con la infección por COVID-19. Específicamente, se han identificado [ACE2](#) y [DPP-4](#) como receptores para el coronavirus y un virus relacionado. Algunas publicaciones de estudios retrospectivos recientes brindan cierta tranquilidad sobre la [seguridad de los inhibidores de la ECA](#) y [los bloqueadores de los receptores de angiotensina](#) con hospitalizaciones por COVID-19.

Perlas clínicas: los proveedores de atención médica deben continuar siguiendo las pautas de control de rutina de la diabetes y alentar a sus pacientes a seguir las modificaciones del estilo de vida dentro de los límites del bloqueo, junto con el cumplimiento de la medicación. Además, nos corresponde asesorar a las personas con diabetes sobre el riesgo potencialmente mayor de gravedad de COVID-19 y volver a enfatizar las medidas de prevención de salud pública como la higiene de manos, el distanciamiento físico, el uso de máscaras, etc.

¿Cómo podría afectar esta pandemia al control de la diabetes?

Los bloqueos en todo el mundo plantean serios desafíos para la atención aguda no relacionada con COVID, y muchos procedimientos electivos y cirugías se posponen.

Varios [informes de periódicos](#) sugieren que las personas pueden mostrarse reacias a buscar atención hospitalaria de emergencia debido a preocupaciones sobre la infección por COVID-19 o sobre la capacidad del hospital. La puntualidad de la atención aguda por parte de las clínicas comunitarias puede verse afectada, lo que lleva a las personas a acudir a los departamentos de emergencia más adelante en el curso de la enfermedad (p. Ej., Ataque cardíaco, [accidente cerebrovascular](#) , [cetoacidosis diabética](#) , coma hiperglucémico, [celulitis](#) , gangrena).

Esta interrupción aguda de la atención en la diabetes, como se muestra en la siguiente figura (que fue diseñada por mi hija),

puede repetirse como una sombra después de cada ola subsiguiente de infección por COVID-19 anticipada durante el próximo año.

Además de la interrupción de la atención aguda, los cambios relacionados con el COVID en los patrones de atención tendrán invariablemente un impacto negativo en el manejo integral de la diabetes, incluido el control metabólico, las conductas de autocuidado y el autocuidado (que se describen en la figura como relacionados con la morbilidad y la mortalidad). a la interrupción crónica de la atención).

El alcance de estas ondas de infección por COVID-19 y su efecto en la atención aguda o crónica pueden variar entre países y deberán ser monitoreados cuidadosamente mediante análisis de los sistemas nacionales de salud.

Perlas clínicas: las estrategias de mitigación para aprender el impacto dañino de la interrupción crónica de la atención implica que los sistemas de salud y los proveedores de atención médica se adapten a la "nueva normalidad" de las visitas cara a cara reducidas o inexistentes para la diabetes mediante la adopción de tecnologías virtuales y enfoques innovadores basados en equipos para la diabetes administración.

¿Deberían priorizarse los pacientes con diabetes para la investigación y el lanzamiento de la vacuna COVID-19?

Muchos creen que una vacuna COVID-19 es la luz al final de un largo túnel. Sobre la base de los posibles vínculos entre COVID-19 y la diabetes, tal vez las personas con diabetes deberían estar entre los portadores de la antorcha.

Dado que los ensayos de seguridad ya están en marcha en muchos países, los ensayos de eficacia deben dar prioridad a las personas que están en riesgo de infección grave (las personas mayores o que tienen afecciones como diabetes y enfermedades cardiovasculares) para acelerar potencialmente los plazos de desarrollo de vacunas y demostrar una inmunidad eficaz en estos grupos de mayor riesgo. Cuando se dispone de una vacuna aprobada, también podría tener sentido priorizar la vacunación de

los grupos de alto riesgo primero, incluidos los trabajadores esenciales.

Harpreet S. Bajaj, MD, MPH, es endocrinólogo comunitario en Brampton, Ontario, y vicepresidente de las Directrices de Diabetes de Canadá. Sus intereses clínicos y de investigación son la prevención y el manejo de la diabetes y sus complicaciones relacionadas. Es el fundador de STOP Diabetes Foundation y es voluntario de numerosas organizaciones comunitarias de salud pública para crear conciencia sobre la prevención y el tratamiento de la diabetes.