

Autocontrol de glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 no tratados con insulina

El autocontrol de la glucosa en sangre forma parte del tratamiento en pacientes con diabetes tipo 1 o en los tipo 2 (DM2) tratados con insulina. Sin embargo, los pacientes DM2 no tratados con insulina no modifican las dosis de fármacos según los niveles de glucosa detectados y los que no toman secretagogos tienen un riesgo de hipoglucemia generalmente muy bajo. Por estas razones, el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre (AGS) en pacientes DM2 no tratados con insulina, ha sido objeto de debate. Varios ensayos aleatorios han cuestionado la utilidad clínica y la rentabilidad de la AGS rutinaria en estos pacientes. Tampoco los [metanálisis](#) realizados han objetivado una mejora de relevancia clínica en el control glucémico.

En la actualidad

La [ADA 2017](#) considera que en estos pacientes la realización de AGS por sí sola no disminuye los niveles de glucosa en la sangre. Para que sea útil, debe integrarse en planes clínicos y de autogestión. La actualización de las recomendaciones [Choosing Wisely](#) de febrero 2017 dice *“No recomendamos la determinación de glucemia capilar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que no usan insulina. La AGS debe reservarse para los pacientes durante la titulación de sus dosis de medicación o durante períodos de cambios en la dieta de los pacientes y rutinas de ejercicio”*. Esta [recomendación](#) se recoge en el proyecto Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España, coordinado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Guía Salud y la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), que ha sido asumida como estrategia de mejora por el Sacyl.

Ensayo clínico y metanálisis

En Julio 2017 se ha publicado en JAMA un [ensayo clínico](#) aleatorizado y pragmático con 450 pacientes asignados al azar a alguno de estos tres grupos: NO autocontrol de la glucosa en sangre, AGS una vez al día y AGS una vez al día con información de retorno al paciente mediante mensajes automáticos personalizados a través del medidor.

Los pacientes eran DM2 no tratados con insulina, con una edad media de 60 años, con niveles de control glucémico (HbA1c) entre 6,5 % y 9,5% en los 6 meses anteriores al cribado. De los 1032 evaluados, 450 fueron aleatorizados y 418 completaron la visita final. Procedían de atención primaria, donde habitualmente son atendidos los pacientes con DM2. La mayoría estaban tratados con metformina (80%) y sulfonilureas (36%) con una mediana de 6 años desde el diagnóstico de DM2. Sólo 66 (15%) tenían un diagnóstico de DM2 de un año o inferior. El 75% tenían experiencia previa con la AGS (338). Se observó, una disminución progresiva del cumplimiento del autocontrol en ambos grupos.

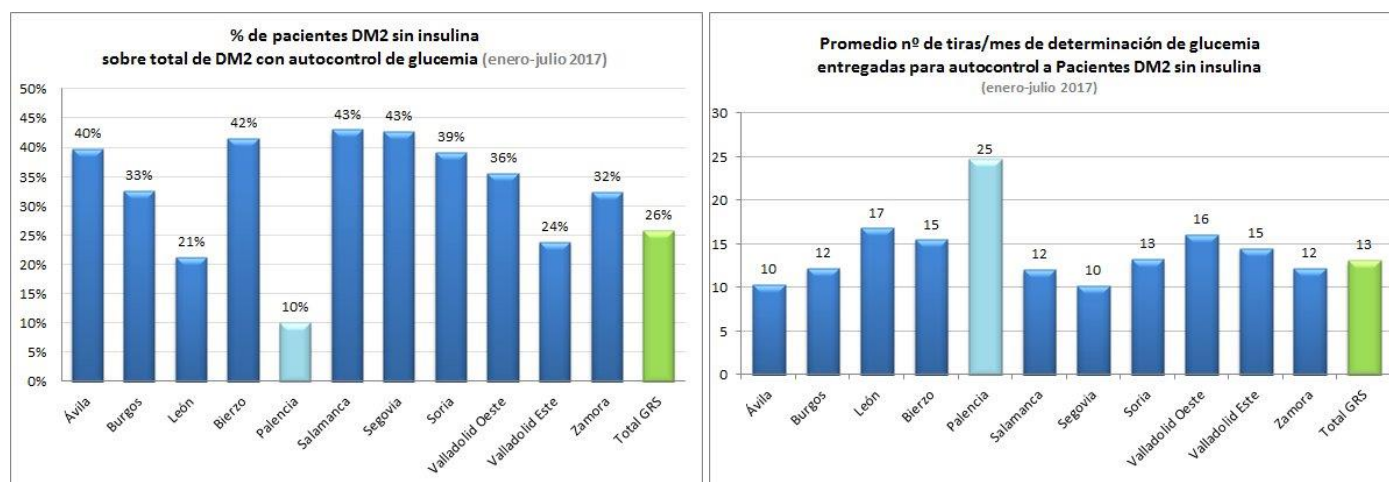
Se valoró la mejora de los niveles de HbA1c y la calidad de vida relacionada con la salud a las 52 semanas. No hubo diferencias significativas en los niveles de HbA1c en los 3 grupos (AGS con mensajería vs NO AGS: -0,09%, IC95%, -0,31% a 0,14%; AGS vs NO AGS: -0,05%, IC95%, -0,27% a 0,17%). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la escala de valoración de calidad de vida SF-36. No hubo diferencias notables en eventos adversos clave, incluyendo la frecuencia de la hipoglucemia, la utilización de los servicios de salud o la iniciación de la insulina.

El autocontrol de rutina de los niveles de glucosa en sangre no mejora significativamente los niveles de HbA1c para la mayoría de los pacientes DM2 no tratados con insulina. Los pacientes y los médicos deben considerar cada situación clínica para decidir si realizar o no un autocontrol de la glucemia.

Otros estudios

El autocontrol tendría interés en ciertas situaciones clínicas, tales como el inicio de nuevos medicamentos, cambios en la dosis de medicamentos o riesgo de hipoglucemia. Se ha publicado un [metanálisis](#) que identificó mejores resultados, sin relevancia clínica, cuando el AGC se realiza con un esquema predefinido y el médico utiliza estos datos para el ajuste del tratamiento farmacológico. También se ha publicado el [protocolo de un ensayo clínico](#) diseñado para valorar el AGC estructurado.

¿Cómo se usan las tiras de determinación de glucemia para el autocontrol de pacientes con DM2 sin insulina en Sacyl?



Fuente de datos MEDORA

En Sacyl, el 26% de los pacientes con DM2 que realizan autocontrol de la glucemia capilar no están tratados con insulina. Existe una gran variabilidad según áreas de salud. Hay áreas en las que este grupo de pacientes a los que no se recomienda la utilización rutinaria de AGS supone el 10% de los pacientes que realizan autocontrol, lo que podría interpretarse como una utilización en pacientes seleccionados según su situación clínica. Este dato contrasta con el valor de otras áreas en los que la utilización es mayor del 40%, reflejando un uso más indiscriminado del autocontrol, probablemente en pacientes en los que no estaría demostrado el beneficio de esta práctica.

De media, los pacientes utilizan 13 tiras al mes. En el caso del área con uso más selectivo, la utilización es de casi el doble, 25 tiras al mes, que podría corresponderse con la realización de un perfil completo semanal.

Conclusiones

- El autocontrol de rutina de los niveles de glucosa en sangre no mejora significativamente los niveles de HbA1c para la mayoría de los pacientes DM2 no tratados con insulina.
- La variabilidad en la utilización de AGS entre las áreas refleja una diferencia de criterios. Hay áreas en las que parece que se realiza un uso rutinario y otras en las que el uso sería más selectivo.
- La NO utilización rutinaria de AGS en pacientes con DM2 sin insulina es una recomendación incluida en el Proyecto NO hacer de Sacyl.

Autora: Alejandra García Ortiz