

RECOMENDACIONES SOBRE EL AUTOANÁLISIS DE GLUCEMIA CAPILAR

Diabetes tipo 1

Desde hace varios años se conoce que el autoanálisis de glucemia (AAG) es eficaz en pacientes con diabetes tipo 1 ya que la información acerca del nivel de glucosa en estos pacientes es útil para ajustar la dosificación de insulina, dando lugar a un mejor control glucémico¹⁻².

Diabetes gestacional

La AAG constituye una parte esencial del tratamiento, tanto en las pacientes tratadas con dieta como en las que requieren insulina.

Diabetes tipo 2

La diabetes tipo 2 es una enfermedad muy heterogénea, y la efectividad del AAG es diferente según el tipo de tratamiento. Hay consenso sobre su utilidad en los pacientes tratados con insulina^{3,4} mientras que hay dudas razonables sobre su efectividad y relación coste/efectividad en los pacientes tratados únicamente con dieta o con fármacos orales⁵⁻⁹. En este sentido, la evidencia proporcionada por estudios publicados recientemente indica que el uso rutinario de AAG no está justificado en todos los pacientes de estas características¹⁰⁻¹³. Por este motivo es necesario hacer una indicación ajustada seleccionando a los pacientes que se puedan beneficiar¹⁴⁻¹⁵.

Recomendaciones

Recomendaciones sobre la indicación y frecuencia de la AAG en pacientes en situación estable y controles adecuados:

	AAG	
DIABETES TIPO 2	• Dieta, ejercicio	Habitualmente no indicada
	• No secretagogos (metformina, inhibidores de alfa-glucosidasas y glitazonas)	Habitualmente no indicada ¹
	• Secretagogos solos o combinados (sulfonilureas, glinidas, incretínmiméticos e inhibidores de la dipeptil peptidasa 4)	1-3 / semana ¹
	• Insulina (1 dosis) con o sin antidiabéticos orales	3-7 / semana ²
	• Insulina (≥ 2 dosis) con o sin antidiabéticos orales	2-6 / día ²
DIABETES GESTACIONAL	6-7 / día	
DIABETES TIPO 1	4-7 / día ³	

¹ Es necesario iniciarlo o aumentar su frecuencia en las siguientes circunstancias:

- cuando la HbA1c esté por encima de los objetivos en pacientes en los que se prevea un cambio o intensificación del tratamiento.
- para evitar descompensaciones hiperglucémicas severas en determinados casos (enfermedades intercurrentes febriles, vómitos, diarrea, intervenciones quirúrgicas ambulatorias, traumatismos, tratamiento con corticoides sistémicos, etc).
- en aquellas mujeres diabéticas que estén planificando un embarazo.

² Se debe adecuar el número de determinaciones al número de dosis de insulina y al grado de control. En caso de que el mismo paciente modifique las dosis de insulina puede ser necesario aumentar el número de AAG.

³ En caso de tratamiento intensificado, bomba de infusión continua de insulina (BICI), embarazo o planificación del mismo, el número de controles requeridos podrá ser mayor (hasta 10).

CONCLUSIONES

En los diabéticos tipo 1, mujeres con diabetes gestacional y en aquellos diabéticos tipo 2 con insulina se debe recomendar la AAG de forma generalizada.

En diabéticos tipo 2 sin insulina, la indicación de la AAG

no debe ser generalizada, por lo que es imprescindible que el equipo sanitario indique de manera individualizada la necesidad y la frecuencia de esta técnica.

Se recuerda que el parámetro consensuado como representativo del grado de control glucémico sigue siendo la HbA1c.

BIBLIOGRAFÍA

1. Evans JM, Newton RW, Ruta DA, MacDonald TM, Stevenson RJ, Morris AD. **Frequency of blood glucose monitoring in relation to glycaemic control: observational study with diabetes database.** *BMJ* 1999; 319: 83-86.
2. Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY et al. **Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes.** *N Engl J Med* 1993; 353:2643-53.
3. Nathan DM, McKittrick C, Larkin M, Schaffran R, Singer DE. **Glycemic control in diabetes mellitus: have changes in therapy made a difference?.** *Am J Med* 1996; 100:157-163.
4. Karter AJ, Ackerson LM, Darbinian JA, D'Agostino RB Jr, Ferrara A, Liu J, Selby JV. **Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the Northern California Kaiser Permanente Diabetes registry.** *Am J Med* 2001; 111; 1-9.
5. Coster S, Gulliford MC, Seed PT, Powrie JK, Swaminathan R. **Self-monitoring in Type 2 diabetes mellitus: a meta-analysis.** *Diab Med* 2000; 17: 755-761.
6. Allen BT, DeLong ER, Feussner JR. **Impact of glucose self-monitoring on non-insulin-treated patients with type II diabetes mellitus. Randomized controlled trial comparing blood and urine testing.** *Diabetes Care* 1990; 13: 1440-1450.
7. Davidson MB, Castellanos M, Kain D, Duran P. **The effect of self monitoring of blood glucose concentrations on glycosylated hemoglobin levels in diabetic patients not taking insulin: a blinded, randomized trial.** *Am J Med* 2005; 118:422-5.
8. Schwedes U, Siebolds M, Mertes G, SMBG study group. **Meal-related structured self-monitoring of blood glucose: effect on diabetes control in non-insulin-treated type 2 diabetic patients.** *Diabetes Care* 2002; 25: 1928-1932.
9. Guerci B, Drouin P, Grange V et al. **Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study.** *Diabetes Metab* 2003; 29: 587-594.
10. Simon J, Gray A, Clarke P, Wade A, Neil A, Farmer A. **Cost effectiveness of self monitoring of blood glucose in patients with non-insulin treated type 2 diabetes: economic evaluation of data from the DIGEM trial.** *BMJ* 2008 Apr 17. [Epub ahead of print].
11. Farmer A, Wade A, Goyder E et al. **Impact of self monitoring of blood glucose in the management of patients with non-insulin treated diabetes: open parallel group randomised trial.** *BMJ* 2007; 335(7611):132. Epub 2007 Jun 25.
12. O'kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE et al. **Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial,** *BMJ* 2008 Apr 17. [Epub ahead of print].
13. Davis WA, Bruce DG, Davis T. **Is self-monitoring of blood glucose appropriate for all type 2 diabetic patients?.** *Diabetes Care* 2006; 29: 1764-1770.
14. **Documento de consenso sobre recomendaciones para el autoanálisis de glucemia capilar en la Diabetes** elaborado por Divisió d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut, Consell Assessor sobre la Diabetis a Catalunya, Associació Catalana de Diabetes, Grup d'Estudi de la Diabetis a l'Atenció Primària de la Salut (GEDAPS) i Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona, 2001.
15. McGeoch G, Derry S, Moore RA. **Self-monitoring of blood glucose in type-2 diabetes: what is the evidence?.** *Diabetes Metab Res Rev* 2007; 23: 423-440.

Autores: Aguiar Bautista JA (Médico de familia, DGF), Boronat Cortés M (Endocrinólogo, CHUIMI), Fernández San José B (Médico de familia, DGF), Llorente Gómez de Segura I (Endocrinólogo, HUNSC), Martínez Ibáñez MT (Médico de familia, SoCamFYC), Morales Escobar F (Médico de familia, SEMERGEN), Morcillo Herrera L (Endocrinólogo, HUC), Olmo Quintana V (Farmacéutico, DGF), Plasencia Núñez M (Farmacéutica, DGF).

Comité editorial: Olmo Quintana V, Plasencia Núñez M, Fernández San José B, Aguiar Bautista JA

Edita: Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud / SERVICIO CANARIO DE LA SALUD

ISSN: 1889-0989

Pueden solicitar el envío del infarma remitiendo un correo a jagubau@gobiernodecanarias.org