

## PREGUNTA CLÍNICA Nº 21

### ¿EN QUÉ SITUACIONES SE RECOMIENDA EL AUTOANÁLISIS DE LA GLUCEMIA CAPILAR EN PACIENTES CON DM2 QUE NO RECIBEN INSULINA?

Fecha de edición: Septiembre 2013

## RESUMEN

### 1. Introducción.

La guía de diabetes del Ministerio no recomienda el autoanálisis (AA) para pacientes con DM 2 no insulinizados con control metabólico aceptable y en los recién diagnosticados. Sugiere que puede ofrecerse a pacientes seleccionados, con control glucémico inadecuado y muy motivados, siempre dentro de un programa estructurado de educación o en situaciones concretas. Desde la finalización de la guía se han publicado nuevos ensayos y RS que incorporan los ensayos más recientes.

### 2. Resumen respuesta en GPCs base.

Las recomendaciones son bastante consistentes entre las guías del NICE (1) y SIGN (2), que tampoco recomiendan el uso generalizado del AA. No obstante, la bibliografía en la que se basan no está actualizada.

### 3. Resumen de la evidencia.

Hemos encontrado dos RS publicadas en el año 2012. La de Farmer (3) realiza un metaanálisis de datos individuales. La de la RS Cochrane (4) está más actualizada y hace un análisis de subgrupos para los recién diagnosticados (menos un año desde el diagnóstico). Esta última es la que hemos incluido en el GRADEpro.

En el metaanálisis de Farmer (3), se observó una reducción estadísticamente significativa de HbA1c de 0,35% a los 12 meses, concluyendo que el efecto era clínicamente irrelevante. No incluye el ensayo de Durán de 2010 realizado en España (5) que muestra un mayor efecto en pacientes con diagnóstico reciente de diabetes.

En la RS de la Cochrane (4) los pacientes con diabetes de más de un año de evolución muestran a los 6 meses una reducción estadísticamente significativa en la HbA1c de 0,26%, que a los 12 meses se reduce hasta 0,13% y deja de ser significativa. En el subgrupo de pacientes con diagnóstico reciente y que incluye 2 ECA, los datos muestran en su conjunto una disminución absoluta de HbA1c de 0,52%, con resultados discordantes en los principales ensayos incluidos (5, 6). El AA se muestra beneficioso solo si va acompañado de una intervención farmacológica intensiva y en corto espacio de tiempo, destinada a obtener unas cifras objetivo inferiores al 6%, a costa de aumentar dosis de metformina, añadir pioglitazona e insulina (5).

Se concluye que el AA puede producir un pequeño beneficio en la disminución de la HbA1c, de escasa repercusión clínica (3).

### 4. De la evidencia a la recomendación.

**Balance beneficios y riesgos, opinión de los pacientes, recursos, balance de las consecuencias:**

Los beneficios son clínicamente poco relevantes, el coste de la intervención es alto y probablemente existe

discrepancias en los valores y preferencias de las personas.
<b>Razonamiento justificación de la recomendación:</b> Sin eficacia a los 12 meses y coste considerable.
<b>Recomendación:</b> Se recomienda no ofrecer de forma rutinaria el AA a los pacientes con DM2 no tratados con insulina. Se sugiere el uso de AA en los siguientes grupos: pacientes con alto riesgo de hipoglucemia, para valorar cambios en la glucemia tras modificaciones en los estilos de vida o en el tratamiento farmacológico, enfermedades intercurrentes, ayunos o en la planificación de embarazo.
<b>Consideraciones para la implementación:</b> Requiere consenso con los pacientes y con las asociaciones de pacientes. No iniciar tratamientos si no hay una indicación clara.
<b>Factibilidad:</b> Muchos pacientes que utilizan AA pueden mostrar resistencia para dejar de usarlas.
<b>Evaluación y prioridades para la investigación:</b> Se requiere más investigación en pacientes con diagnóstico reciente de DM2, y también más investigación cualitativa acerca de cómo perciben los pacientes el AA.

## 5. Bibliografía.

- 1.National Collaborating Centre: NCGC, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE), Centre for Clinical Practice. Review of Clinical Guideline (CG66 and CG87 partial update) – Type 2 Diabetes: the management of type 2 diabetes. . 2011.
- 2.Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of diabetes. Guideline Nº 116. 2010.
- 3.Farmer AJ, Perera R, Ward A, Heneghan C, Oke J, Barnett AH, et al. Meta-analysis of individual patient data in randomised trials of self monitoring of blood glucose in people with non-insulin treated type 2 diabetes. BMJ (Clinical research ed). 2012;344:e486. Epub 2012/03/01.
- 4.Malanda Uriëll L, Welschen Laura MC, Riphagen Ingrid I, Dekker Jacqueline M, Nijpels G, Bot Sandra DM. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012; (1). Available from: <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD005060/frame.html>.
- 5.Duran A, Martin P, Runkle I, Perez N, Abad R, Fernandez M, et al. Benefits of self-monitoring blood glucose in the management of new-onset Type 2 diabetes mellitus: the St Carlos Study, a prospective randomized clinic-based interventional study with parallel groups. Journal of diabetes. 2010;2(3):203-11. Epub 2010/10/07.
- 6.O'Kane MJ, Bunting B, Copeland M, Coates VE. Efficacy of self monitoring of blood glucose in patients with newly diagnosed type 2 diabetes (ESMON study): randomised controlled trial. BMJ (Clinical research ed). 2008;336(7654):1174-7. Epub 2008/04/19.