

Autores

Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la Sociedad Española de Diabetes

J. Lafita Tejedor (Coordinador)
E. Menéndez Torre (Coordinador)

J.J. Alemán Sánchez
F. Álvarez Guisasola
R. Antuña de Aláiz
S. Artola Menéndez
F.J. Escalada San Martín
F. Escobar Jiménez
J.C. Ferrer García
J.A. Fornos Pérez
R. García Mayor
S. Gaztambide Sáenz
M.L. López Fernández
J.L. Martín Manzano
J. Martínez Martín
J.C. Méndez Segovia
E. Montanya Mías
J. Navarro Pérez
C. Ortega Millán
I. Rica Etxebarria
T. Tartón García

Recomendaciones

Recomendaciones en 2010 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes

Recommendations 2010 of the Spanish Diabetes Society on capillary glucose monitoring in people with diabetes

La medición de la glucemia capilar es útil para el autoanálisis y el autocontrol del paciente con diabetes. Debe distinguirse entre autoanálisis y autocontrol. El autoanálisis es la medición que realiza el propio paciente de su glucemia; el autocontrol, en cambio, es el proceso por el cual el paciente, tras realizar el autoanálisis, toma decisiones acerca del tratamiento de su diabetes.

El autoanálisis está indicado para proporcionar datos de la glucemia, tanto al paciente como al equipo sanitario, de modo que faciliten la toma de decisiones sobre el tratamiento o contribuyan al autocontrol del propio paciente. Por ello, sólo debe recomendarse cuando tanto el paciente como los profesionales de la salud que los atienden tengan:

- Conocimientos y habilidades suficientes para el manejo del tratamiento de la diabetes.
- Una firme voluntad de incluir el autoanálisis y el autocontrol como parte integral del tratamiento de la enfermedad.

La necesidad del autoanálisis debe valorarse desde el mismo momento del diag-

nóstico de la diabetes como apoyo a la educación terapéutica del paciente y como instrumento para el ajuste del tratamiento inicial.

Para el autocontrol, el autoanálisis por sí solo no es suficiente. Los datos de los estudios existentes sugieren que, para que exista un autocontrol efectivo, se requiere un programa de educación en diabetes específico y estructurado. Por ello, el autocontrol es parte fundamental de todos los programas de educación en diabetes.

La frecuencia de la medición de la glucemia capilar debe ser individualizada en función de las características específicas de cada persona con diabetes, así como de los requerimientos del equipo de salud para una adecuada valoración del control metabólico y de los efectos producidos por los cambios del tratamiento recomendados. Fundamentalmente, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- El tipo de diabetes.
- El tipo de tratamiento de la diabetes.
- El grado de control de la enfermedad.
- Las situaciones especiales, como:
 - Enfermedades intercurrentes.
 - Periodos de inestabilidad.
 - Cambios de tratamiento de la diabetes.
 - Otros tratamientos.
 - Embarazo.
 - Cambios de situación o de actividad.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es muy importante la consecución de un acuerdo consensuado entre el paciente con diabetes y el equipo sanitario.

Fecha de recepción: 28 de junio 2010
Fecha de aceptación: 12 de julio 2010

Correspondencia:

Teresa Tartón García. Hospital Universitario Central de Asturias. C/ Julián Clavería, s/n. 33006 Oviedo (Asturias)

Lista de acrónimos incluidos en el texto:

DM1: diabetes mellitus de tipo 1; DPP-4: dipeptidilpeptidasa 4; GLP-1: glucagon like peptide-1; NPH: neutral protamine Hagedorn insulin (insulina protamina neutra de Hagedorn).

Tipo de tratamiento	Control glucémico estable	Control glucémico no estable**	Observaciones
Medidas no farmacológicas	0 ¹	1 vez al día o 7 veces por semana ³	¹ Estaría justificada en educación terapéutica (forma temporal)
Fármacos que no provocan hipoglucemias ²	0 ¹	1 vez al día o 7 veces por semana ³	² Metformina, glitazonas, inhibidores de la DPP-4, análogos del GLP-1 e inhibidores de las alfa-glucosidasas
Fármacos que sí provocan hipoglucemias ⁴	1 vez por semana	1 vez al día o 7 veces por semana ³	³ 1 vez al día pre o postingesta o un perfil de 7 puntos en un día
Insulina basal ⁵	3 veces por semana	2-3 veces al día	⁴ Sulfonilureas y glinidas
Insulina bifásica o NPH en dos/tres dosis	1-3 veces al día	2-3 veces al día + perfil 6-7 puntos/día/semana	⁵ Con o sin terapia oral
Terapia insulina bolo-basal	3-4 veces al día + perfil 6-7 puntos/día/semana	4-7 veces al día	
Bombas de insulina	4-10 veces al día	Individualizar (valorar monitorización continua de la glucosa)	

*En situaciones intercurrentes de especial complejidad y en diabetes infanto-juvenil, la frecuencia del autoanálisis debe realizarse de forma individualizada y limitada en el tiempo mientras persista la situación.

**En casos de inicio y/o cambio de tratamiento y/o ante cifras glucémicas fuera de objetivos y/o hipoglucemias.

DM1: diabetes mellitus de tipo 1; DPP-4: dipeptidilpeptidasa 4; GLP-1: *glucagon like peptide-1*; NPH: *neutral protamine Hagedorn insulin* (insulina protamina neutra de Hagedorn).

NOTA: En pacientes con DM1 se recomienda la medición de cuerpos cetónicos en sangre y/u orina.

Figura 1. Frecuencia de autoanálisis en diabetes no gestante*

Tipo de diabetes	Tipo de tratamiento	Control glucémico estable	Control glucémico no estable ¹
Diabetes pregestacional ²	Insulina (cualquier régimen)	6-7 veces al día	Individualizar (valorar monitorización continua de la glucosa)
	Bombas de insulina	6-10 veces al día	
Diabetes gestacional	Medidas no farmacológicas	2-3 veces al día ³	
	Insulina (cualquier régimen)	3-4 veces al día más un perfil 6-7 puntos/día/semana	

¹Inicio de tratamiento y/o cambio de tratamiento y/o cifras glucémicas fuera de objetivos y/o hipoglucemias.

²Seguir estas mismas recomendaciones en la planificación del embarazo en la paciente con diabetes, al menos los 6 meses previos.

³Al inicio cuatro determinaciones al día durante las primeras 2 semanas, que se reducen posteriormente a 2-3 al día si la paciente está estable.

NOTA: Se recomienda la medición de cuerpos cetónicos en sangre y orina.

Figura 2. Frecuencia de autoanálisis en gestantes con diabetes

Los resultados de las automediciones de la glucemia capilar deben registrarse manual o electrónicamente indicando el momento de la medición, el tratamiento utilizado y las circunstancias intercurrentes de interés, si las hubiere. Siempre que sea posible, es recomendable que el paciente con diabetes lleve su glucómetro a las revisiones, con objeto de poder descargar las mediciones realizadas y evitar errores de transcripción o manipulación de las cifras de glucemia capilar.

Además, dentro de un programa de educación continuada de las personas con diabetes, es necesario valorar de forma periódica el adecuado funcionamiento de los medidores de glucemia y las pautas de realización de automediciones y de modificaciones del tratamiento, así como que el paciente mantiene los conocimientos y habilidades necesarios para un correcto autocontrol. Se recomienda la utilización de un único medidor de glucemia.

Como pautas generales, y sin olvidar todos los puntos anteriores, para la utilización de las tiras reactivas recomendamos que se tengan en cuenta el tipo de tratamiento (figura 1), las particularidades de la diabetes en la edad pediátrica y las situaciones intercurrentes de especial complejidad, en donde nuestro patrón guía será la individualización.

Asimismo, en la figura 2 abordamos de forma específica la frecuencia del autoanálisis en la mujer gestante con diabetes. ■