

reporting system (FAERS). *Drug Saf.* 2020;43:363-9, <http://dx.doi.org/10.1007/s40264-019-00901-7>.

Raquel Niddam, Fernando Vidal-Ostos de Lara, Jhamil Zurita-Campos, Concepción Blanco-Carrera y Jose Antonio Rubio

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España
Correo electrónico: raquelniddam@gmail.com (R. Niddam).

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2023.10.003>
2530-0164/ © 2023 SEEN y SED. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Opinión de los médicos de atención primaria sobre el uso de monitorización continua de glucosa en la diabetes tipo 2



Opinion of primary care physicians on the use of continuous glucose monitoring in type 2 diabetes

Los sistemas de monitorización continua de glucosa (MCG) constituyen una herramienta que facilita la consecución de los objetivos de control frente a la medición de glucemia capilar (GC)¹. Actualmente su utilización es generalizada en los pacientes con diabetes tipo 1 (DM1), y es de esperar su creciente adopción en los pacientes con diabetes tipo 2 (DM2), tras la publicación de la Resolución de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia regulando la cobertura pública y los criterios de accesibilidad para los sistemas de MCG en pacientes con DM2 tratados con múltiples dosis de insulina². Esta resolución establece que el acceso a estos sistemas para los pacientes con DM2 debe realizarse en el ámbito asistencial donde se lleve a cabo el seguimiento habitual y continuado del paciente, que en muchos casos es atención primaria (AP).

Sin embargo, se ignora el grado de conocimiento y las percepciones de los médicos de atención primaria (MAP) sobre la utilización de la MCG. Para rellenar esta carencia, a finales de 2021 y principios de 2022 se ha realizado, a través de las sociedades científicas SEMERGEN, SEMFyC, SEMG y SED, un estudio transversal mediante encuesta online dirigida a los MAP con actividad clínica en España en el momento del estudio. Se elaboró una encuesta anónima online de 26 preguntas que recogía información del tipo de consulta, número y perfil de pacientes con diabetes atendidos, estrategias de control de la DM2, frecuencia de complicaciones, y conocimiento, uso y dificultades para el uso de sistemas de MCG en pacientes con DM2. Un total de 438 MAP iniciaron la encuesta, de los que 137 (31,3%) la completaron y son el objeto principal de este informe. La participación, aunque difícil de cuantificar con precisión por el método de acceso a los médicos (redes sociales desde sus propias sociedades), ha sido baja y los resultados reflejan seguramente la situación de profesionales interesados en la DM2, lo que los hace más llamativos.

Los resultados muestran que un MAP tiene alrededor de 130-160 pacientes con DM en su cupo. De ellos, alrededor del 10% están tratados con dos o más dosis de insulina y

realizan entre 7 y 15 mediciones de GC a la semana, y el 2-8% han presentado una hipoglucemia grave en el último año.

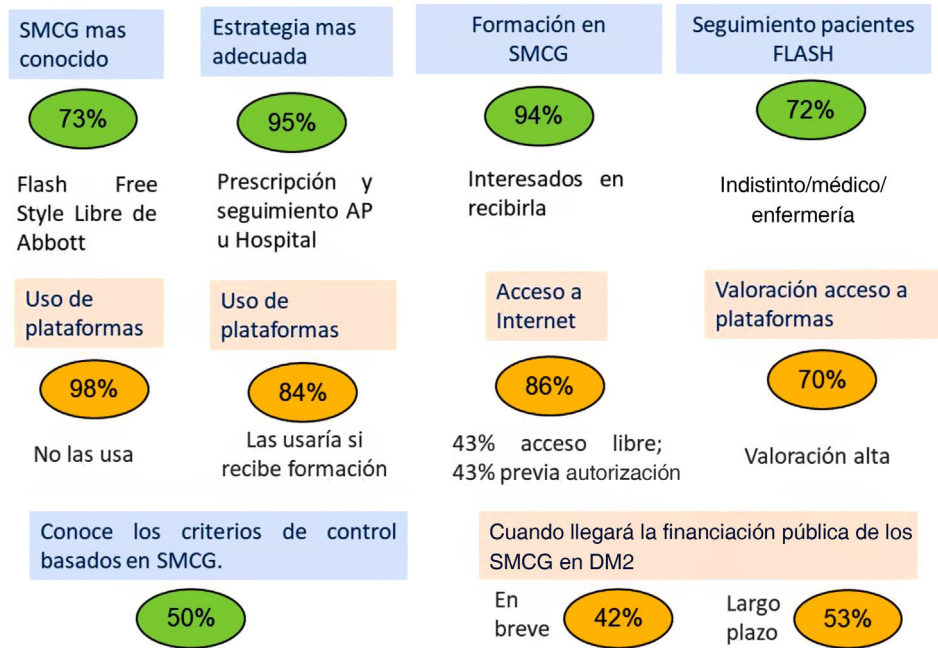
En la figura 1 se resumen las respuestas respecto del uso de sistemas de MCG. Free Style Libre es el sistema más conocido, y la mayoría consideran que la prescripción y el seguimiento deben realizarse en atención primaria o en el hospital, tanto por el médico como por la enfermera. Solo la mitad de los MAP conocen los criterios de control glucémico basados en la MCG, y la mayoría no utilizan plataformas, pero las consideran importantes e indican buena predisposición para su utilización. Parece, pues, que existe una clara necesidad de formación continuada sobre la MCG en AP.

Los beneficios de la MCG están ampliamente establecidos en la DM1, y también en sujetos con DM2 en tratamiento con insulina: mejoran el control glucémico, incrementan la calidad de vida relacionada con la diabetes y la satisfacción, y reducen los costos derivados de las complicaciones agudas^{1,3,4}. Estos beneficios sobre diferentes parámetros de control glucémico se han confirmado recientemente en un estudio en práctica clínica habitual en pacientes con DM2 con diferentes modalidades de tratamiento⁵. Uno de los principales beneficios de la MCG es la reducción de las hipoglucemias^{4,6}. Tal como se refleja en la encuesta, la hipoglucemia grave sigue siendo un gran reto en pacientes con DM2 tratados con insulina. En España, si bien los ingresos hospitalarios por hipoglucemias han disminuido en el periodo 2005-2015, en 2015 hubo 8.331 ingresos hospitalarios por hipoglucemias y 244 fallecimientos intrahospitalarios, siendo las tasas de ingreso y de mortalidad mayores en hombres⁷. En otro estudio, en el periodo 2000-2014 y realizado en 109 países, la proporción estandarizada por edad de muertes relacionadas con la hipoglucemia fue de 4,49 (IC 95%: 4,44 a 4,55) por cada 1.000 muertes totales por diabetes⁸.

En este contexto, aumentar el conocimiento y empoderar los equipos de AP sobre estas herramientas tecnológicas, así como establecer sistemas de interconsulta virtual con el servicio de endocrinología del hospital y acceso compartido de los profesionales de ambos ámbitos asistenciales a los datos de la MCG, son estrategias clave para gestionar eficazmente el uso de esta nueva herramienta.

Financiación

El estudio fue financiado mediante una beca sin restricciones de Laboratorios Abbott a la Sociedad Española de Diabetes (SED).



SMCG - Sistemas de monitorización continua de la glucemia.

Figura 1 Resultados de la encuesta de opinión de los médicos de atención primaria sobre el uso de sistemas de monitorización continua de glucemia (SMCG).

Bibliografía

- Ajjan RA, Heller SR, Everett CC, Vargas-Palacios A, Higham R, Sharples L, et al. Multicenter randomized trial of intermittently scanned continuous glucose monitoring versus self-monitoring of blood glucose in individuals with type 2 diabetes and recent-onset acute myocardial infarction: Results of the LIBERATES trial. *Diabetes Care*. 2023;46:441–9, <http://dx.doi.org/10.2337/dc22-1219>. PMID: 36516054; PMCID: PMC9887626.
- Resolución de la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia que regula la cobertura pública para los sistemas de MCG a pacientes con DM de tipo 2. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/CarteraDeServicios/ContenidoCS/docs/Resoluc_DG_DM2_DEF.pdf.
- Oyagüez I, Gómez-Peralta F, Artola S, Carrasco FJ, Carretero-Gómez J, García-Soidan J, et al. Cost Analysis of FreeStyle Libre® 2 system in type 2 diabetes mellitus population. *Diabetes Ther*. 2021;12:2329–42, <http://dx.doi.org/10.1007/s13300-021-01064-4>. Erratum in: *Diabetes Ther*. 2021 Jul 9. PMID: 33948909; PMCID: PMC8096131.
- Gomez-Peralta F, Dunn T, Landuyt K, Xu Y, Merino-Torres JF. Flash glucose monitoring reduces glycemic variability and hypoglycemia: Real-world data from Spain. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020;8:e001052, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjdr-2019-001052>. PMID: 32198165; PMCID: PMC7103828.
- Lameijer A, Bakker JJ, Kao K, Xu Y, Gans ROB, Bilo HJG, et al. Real-life 24-week changes in glycemic parameters among European users of flash glucose monitoring with type 1 and 2 diabetes and different levels of glycemic control. *Diabetes Res Clin Pract*. 2023;201:110735, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2023.110735>. PMID: 37276981.
- Haak T, Hanaire H, Ajjan R, Hermanns N, Riveline JP, Rayman G. Use of flash glucose-sensing technology for 12 months as a replacement for blood glucose monitoring in insulin-treated type 2 diabetes. *Diabetes Ther*. 2017;8:573–86, <http://dx.doi.org/10.1007/s13300-017-0255-6>.
- Orozco-Beltrán D, Guillen-Mollá A, Cebrián-Cuenca AM, Navarro-Pérez J, Gil-Guillén VF, Quesada JA, et al. Hospital admissions trends for severe hypoglycemia in diabetes patients in Spain, 2005 to 2015. *Diabetes Res Clin Pract*. 2021;171:108565, <http://dx.doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108565>. PMID 33242511.
- Zaccardi F, Dhalwani NN, Webb DR, Davies MJ, Khunti K. Global burden of hypoglycaemia-related mortality in 109 countries, from 2000 to 2014: An analysis of death certificates. *Diabetologia*. 2018;61:1592–602, <http://dx.doi.org/10.1007/s00125-018-4626-y>. PMID: 29717336; PMCID: PMC6438613.

Domingo Orozco-Beltrán^{a,*}, Fernando Alvarez-Guisasola^b, Flora López-Simarro^{c,d}, Carlos Miranda-Fernández-Santos^{e,f} y Antonio Pérez Pérez^{g,*}

^a Medicina de Familia, Universidad Miguel Hernández de Elche. Departamento de Medicina Clínica, Centro de Salud Cabo Huertas, Alicante, España

^b Medicina de Familia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC), Centro de Salud Ribera de Órbigo, Benavides de Órbigo, León, España

^c Medicina de Familia, Barcelona, España

^d Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Madrid, España

^e *Medicina de Familia, Toledo, España*

^f *Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), Madrid, España*

^g *Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Universidad Autónoma de Barcelona, CIBERDEM, Barcelona, España*

* Autores para correspondencia.

Correos electrónicos: dorozcobeltran@gmail.com, dorozco@umh.es (D. Orozco-Beltrán), aperez@santpau.cat (A. Pérez Pérez).

<https://doi.org/10.1016/j.endinu.2023.09.005>
2530-0164/ © 2023 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEEN y SED.