P-210

PROYECTO MIRA AP: MONITORIZACIÓN DE INSULINA MEDIANTE REVISIÓN Y AJUSTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. (REVISIÓN ESTRUCTURADA DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA PARA MEJORAR EL MANEJO DE ADULTOS CON DIABETES TRATADOS CON INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA)

Beatriz López Uriarte[1], Montserrat Rivera Teijido[2], Cristian Montero Peña[3], Manueo Frias Vargas[4], Esther Minguela Puras[5], María del Pino Calderin Morales[6], Olga Martínez Villen[7]

[1] *CS Humanes*
[2] *CS Mendiguchia Carriche*
[3] *Unidad de Obesidad y Ecografía Dr. Cristian Montero*
[4] *CS Daroca*
[5] *CS Valle de la Oliva (Madrid)*
[6] *CS Ciudades (Getafe-Madrid)*
[7] *CS Gandhi (Madrid)*

Proyecto piloto de investigación prospectiva · Seguimiento de 12 semanas

INTRODUCCIÓN

La monitorización continua de glucosa (MCG) identifica patrones que la HbA1c no refleja. El tiempo en rango (TIR) debe interpretarse junto con el tiempo en hipoglucemia (TBR) [1]. GP-OSMOTIC mejoró el tiempo en rango mediante revisiones del sensor en atención primaria, sin diferencia significativa de HbA1c a doce meses [2]. INITIATION respaldó su viabilidad para orientar insulinoterapia [3]. Estos antecedentes justifican evaluar una intervención breve en usuarios de insulina basal y acción rápida, sin presuponer eficacia.

OBJETIVOS

Valorar la viabilidad del reclutamiento, intervención y seguimiento. Estimar, exploratoriamente, el cambio de tiempo en rango (TIR) a doce semanas junto con tiempo por debajo del rango (TBR) e hipoglucemias graves. Describir cambios de HbA1c, tiempo sobre rango (TAR), variabilidad, tratamiento y satisfacción.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño. Piloto prospectivo antes-después, sin control, en atención primaria, con seguimiento de doce semanas. Muestra consecutiva de 40 adultos; se esperan 34 evaluaciones completas. El tamaño responde a factibilidad; no permite demostrar eficacia ni seguridad.

Selección. Diabetes tipo 2, sensor durante cuatro semanas como mínimo, insulina basal y al menos una dosis diaria de acción rápida, datos basales válidos y consentimiento. Se incluirán pacientes con TIR inferior al objetivo individual o hipoglucemias que justifiquen revisión. Se procurará estabilidad terapéutica previa durante cuatro semanas, salvo necesidad clínica. Se excluirán embarazo, bomba, descompensación aguda y necesidad de atención especializada inmediata. Se facilitará apoyo del cuidador, interpretación lingüística y descarga asistida.

Intervención. Medicina y enfermería, formadas en interpretación del perfil ambulatorio de glucosa, aplicarán una lista común durante 20 minutos: verificar datos y pauta; priorizar hipoglucemias; identificar patrones relacionados con comidas, actividad u omisiones; acordar dos acciones educativas o terapéuticas; entregar un plan escrito y comprobar su comprensión. Se abordarán técnica de inyección, coordinación entre comida e insulina, correcciones acumuladas y actuación ante hipoglucemia. Los ajustes serán individualizados por el prescriptor. Se realizará un refuerzo de diez minutos a los 7–14 días. Los objetivos glucémicos se fijarán antes de intervenir, considerando fragilidad, comorbilidad y riesgo de hipoglucemia. El paciente explicará con sus palabras cuándo confirmar lecturas mediante glucemia capilar, cómo aplicar el plan de rescate y a quién consultar. No realizará ajustes autónomos fuera de la pauta acordada.

Mediciones. Comparar ventanas de catorce días basales y finales, con cobertura mínima del 70% [1]. Registrar TIR 70–180 mg/dL, TBR <70 y <54, TAR >180 y >250, coeficiente de variación y HbA1c basal y final. Recoger hipoglucemias graves que requieran ayuda, dosis, cambios farmacológicos, comorbilidad, contactos adicionales y satisfacción de 0 a 10. Se mantendrá el mismo sensor cuando sea posible. Si faltan datos, se repetirá la descarga en catorce días y se registrará la desviación. Se distinguirán eventos autorreferidos y verificados en la historia.

Viabilidad. Reclutar 40 participantes en tres meses; retener ≥80%; obtener datos válidos en ≥80%; completar ≥80% de la lista en ≥80% de participantes. Registrar duración real de los contactos.

Análisis. Describir proporciones, medias o medianas; estimar cambios pareados con intervalos de confianza del 95%, expresando TIR y TBR en puntos porcentuales. Analizar datos completos y describir pérdidas, sin arrastrar observaciones. Priorizar estimaciones sobre significación estadística; ausencia de diferencias no demuestra seguridad. Se describirá la proporción con aumento del TIR de cinco puntos o más sin incremento individual del TBR.

Ética y recursos. Requerir evaluación ética, autorización institucional, clasificación regulatoria y consentimiento. Seudonimizar datos y restringir accesos. Priorizar atención inmediata ante eventos graves. Duración total: siete meses, incluyendo preparación, reclutamiento, seguimiento y análisis. Recursos: medicina, enfermería, sensores prescritos, plataforma autorizada y material educativo.

RESULTADOS ESPERADOS

No existen resultados observados. Se espera determinar la aplicabilidad y explorar mayor TIR sin incrementar TBR. Se comunicarán reclutamiento, adherencia, pérdidas, cambios clínicos e intervalos de confianza, incluidos eventos graves y resultados desfavorables.

CONCLUSIONES

El piloto orientará un futuro ensayo controlado. La ausencia de comparador, selección de usuarios de sensor, regresión a la media y cambios concomitantes limitan la atribución causal. Se incorporará la perspectiva de pacientes y cuidadores, sin atribuir resultados comunitarios todavía no evaluados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Battelino T, Danne T, Bergenstal RM, et al. Clinical Targets for Continuous Glucose Monitoring Data Interpretation: Recommendations From the International Consensus on Time in Range. Diabetes Care. 2019;42(8):1593–1603. doi:10.2337/dci19-0028.

2. Furler J, O'Neal D, Speight J, et al. Use of professional-mode flash glucose monitoring, at 3-month intervals, in adults with type 2 diabetes in general practice (GP-OSMOTIC): a pragmatic, open-label, 12-month, randomised controlled trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2020;8(1):17–26. doi:10.1016/S2213-8587(19)30385-7.

3. Blackberry ID, Furler JS, Ginnivan LE, et al. An exploratory trial of basal and prandial insulin initiation and titration for type 2 diabetes in primary care with adjunct retrospective continuous glucose monitoring: INITIATION study. Diabetes Res Clin Pract. 2014;106(2):247–255. doi:10.1016/j.diabres.2014.08.011.

CÓMO CITAR

López Uriarte B, Rivera Teijido M, Montero Peña C, Frias Vargas M, Minguela Puras E, Calderin Morales MDP, et al. PROYECTO MIRA AP: MONITORIZACIÓN DE INSULINA MEDIANTE REVISIÓN Y AJUSTE EN ATENCIÓN PRIMARIA. (REVISIÓN ESTRUCTURADA DE MONITORIZACIÓN CONTINUA DE GLUCOSA PARA MEJORAR EL MANEJO DE ADULTOS CON DIABETES TRATADOS CON INSULINA DE ACCIÓN RÁPIDA). Diabetes Práctica. 2026;17(Supl. 4):182-183. doi:10.52102/diabet/pract.2026.s4