



Un consenso multidisciplinar español identifica las claves para integrar la monitorización continua de glucosa en la práctica de Atención Primaria

La monitorización continua de glucosa (MCG) se ha incorporado progresivamente al manejo de las personas con diabetes y constituye una herramienta de creciente utilidad en Atención Primaria (AP). Frente a la determinación puntual de glucemia capilar, proporciona información dinámica sobre los niveles de glucosa, sus tendencias y la variabilidad glucémica, permitiendo una valoración más completa del control metabólico.

Se ha publicado recientemente en *Primary Care Diabetes* un estudio que analiza la situación de la MCG en la AP española y desarrolla un consenso Delphi destinado a identificar los aspectos que deberían incorporarse a futuras recomendaciones de práctica clínica. Participaron 58 profesionales de AP, 40 médicos y 18 enfermeras. El proceso Delphi evaluó 131 criterios mediante metodología RAND/UCLA y alcanzó consenso para 129.

El trabajo muestra que los profesionales consideran la MCG una herramienta útil, aunque su utilización continúa siendo limitada. Entre las principales barreras se encuentran la insuficiente integración de los datos en la historia clínica electrónica, el tiempo limitado en consulta, las necesidades de formación y una coordinación mejorable entre AP y atención hospitalaria.

El principal mensaje del consenso es que incorporar la MCG no significa únicamente facilitar el acceso a un dispositivo, sino establecer las condiciones formativas, organizativas y tecnológicas necesarias para que la información obtenida contribuya realmente a la toma de decisiones clínicas.

Recomendaciones destacadas

1. Integrar la MCG en el seguimiento de las personas con diabetes

La MCG debe contemplarse como una herramienta integrada en el abordaje de la diabetes y no exclusivamente como una tecnología vinculada a la atención hospitalaria. Puede aportar información adicional sobre el comportamiento glucémico y facilitar una valoración individualizada cuando la HbA1c o la glucemia capilar no permiten conocer adecuadamente el perfil glucémico.

2. Individualizar su utilización

La utilización de MCG debe adaptarse a las características clínicas y personales de cada paciente, considerando situación metabólica, tratamiento, objetivos terapéuticos, riesgo de hipoglucemia, capacidad para utilizar el dispositivo y

preferencias personales. La disponibilidad de la tecnología no debe convertirse en un objetivo terapéutico en sí mismo.

3. Formar a los profesionales de Atención Primaria

La formación de médicos y enfermeras constituye uno de los elementos centrales del consenso. Los profesionales deben conocer los sistemas disponibles y adquirir competencias para interpretar sus datos, incluyendo tiempo en rango, tiempo por debajo de rango, tiempo por encima de rango, indicador de gestión de glucosa y variabilidad glucémica. Estas métricas deben interpretarse siempre en el contexto clínico individual.

4. Utilizar los datos para mejorar la toma de decisiones

El valor de la MCG no reside únicamente en generar más información, sino en facilitar decisiones clínicas. La revisión de los datos puede identificar patrones de hipoglucemia o hiperglucemia, valorar la respuesta al tratamiento y orientar modificaciones terapéuticas y educativas.

5. Integrar los datos en la historia clínica electrónica

La insuficiente integración de los datos de MCG en las historias clínicas electrónicas constituye una de las principales barreras identificadas. La interoperabilidad debería permitir consultar e incorporar esta información al seguimiento habitual, mejorar la continuidad asistencial y reducir la dependencia de plataformas independientes.

6. Establecer protocolos y circuitos asistenciales

La incorporación de la MCG requiere circuitos claros sobre utilización, seguimiento, interpretación de los datos y criterios de derivación. El consenso considera prioritaria la elaboración de protocolos que permitan homogeneizar la práctica clínica y mejorar la coordinación entre Atención Primaria y atención hospitalaria.

7. Incorporar la educación diabetológica

La utilización de MCG debe acompañarse de educación diabetológica. La persona debe comprender la información proporcionada por el dispositivo, interpretar las tendencias y utilizar los datos para mejorar su autocuidado. La educación debe formar parte del proceso de implantación y seguimiento.

8. Favorecer la participación de la persona con diabetes

La decisión debe incorporar las preferencias, expectativas y capacidades individuales. Las habilidades para manejar dispositivos, la capacidad para interpretar la información y la carga que pueda suponer el uso continuado del sensor son factores relevantes. La tecnología debe favorecer la autonomía y el autocuidado, no aumentar innecesariamente la complejidad.

9. Promover un acceso equitativo

Las diferencias territoriales y organizativas pueden condicionar el acceso a la tecnología. La incorporación de la MCG debería desarrollarse mediante criterios homogéneos y transparentes, evitando desigualdades injustificadas y procurando

que la indicación responda fundamentalmente a criterios clínicos y necesidades individuales.

10. Adecuar la organización y el tiempo de consulta

La MCG genera una cantidad considerable de información que requiere tiempo para ser revisada e interpretada. Por ello, su incorporación debe acompañarse de una planificación organizativa que permita analizar los datos, realizar educación diabetológica y adoptar las decisiones terapéuticas correspondientes.

Un reto para la Atención Primaria

La MCG representa una oportunidad para avanzar hacia un seguimiento de la diabetes más dinámico, individualizado y orientado a la toma de decisiones. Sin embargo, su valor clínico no depende únicamente de disponer de sensores, sino de la capacidad del sistema sanitario para utilizar adecuadamente la información que generan.

El consenso identifica como prioridades la formación continuada de los profesionales, la integración de los datos en la historia clínica electrónica, el desarrollo de protocolos, la disponibilidad de tiempo suficiente en consulta y la coordinación entre niveles asistenciales.

Desde la perspectiva de la Medicina de Familia, la MCG debe contemplarse como una herramienta integrada en el modelo de atención a la persona con diabetes y no como una tecnología aislada. Su incorporación puede facilitar una valoración más precisa del perfil glucémico y favorecer decisiones terapéuticas individualizadas dentro de una atención global y centrada en la persona.

El reto para Atención Primaria no es únicamente incorporar la monitorización continua de glucosa, sino conseguir que esta tecnología se integre de forma efectiva, equitativa y sostenible en la práctica clínica cotidiana.

Enrique Carretero Anibarro. Medicina de familia. Centro de salud José Gallego Arroba. Puente Genil. Córdoba. Coordinador del GdT SAMFyC de Diabetes (septiembre 2026).

Cebrián Cuenca AM, de la Cuadra-Grande A, Arranz Martínez E, Egocheaga Cabello MI, Mingorance Cruz N, Cuatrecasas Cambra G, et al.; Consensus Group. Continuous glucose monitoring in Spanish primary care: current situation and Delphi consensus to inform clinical practice recommendations. *Prim Care Diabetes*. 2026;S1751-9918(26)00124-5. doi:10.1016/j.pcd.2026.07.007.