



O-058 - INERCIAS CLÍNICAS EN PACIENTES DIABÉTICOS DE TIPO 2 TRATADOS CON 2 O MÁS ANTIDIABÉTICOS NO INSULÍNICOS Y CON CONTROL GLUCÉMICO INADECUADO

M. Mata Cases^a, J. Franch Nadal^a, J. Real Gatius^a, F. López Simarro^b y D. Mauricio^c

^aUSR Barcelona. IDIAP Jordi Gol. CIBERDEM, Barcelona. ^bCentre d'Atenció Primària Martorell, Martorell. ^cHospital Germans Trias i Pujol. CIBERDEM, Badalona.

Resumen

Objetivos: Examinar la inercia clínica, definida como la falta de intensificación del tratamiento cuando es necesaria, en personas con diabetes tipo 2 (DM2) tratadas con dos o más fármacos antidiabéticos no insulínicos (ADNIs) y un control glucémico inadecuado.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en una cohorte de pacientes con DM2 tratados con dos o más ADNIs registrados en la base de datos SIDIP el primero de enero de 2010 y con al menos un valor de HbA1c > 7% durante dicho año y se siguieron hasta el 31 de diciembre de 2014. La intensificación del tratamiento (IT) se definió como la adición de un fármaco de una clase terapéutica diferente. La inercia clínica se definió como la ausencia de intensificación en presencia de una HbA1c ≥ 8% (umbral de control inadecuado en los indicadores de calidad del Institut Català de la Salut) durante el seguimiento.

Resultados: Se incluyeron 23.678 pacientes (media edad $66,7 \pm 10,5$ años, 53% varones y duración de la DM2 $8,0 \pm 5,2$), la mayoría de ellos tratados con la combinación de metformina + sulfonilurea (72,3%). La mediana de seguimiento fue de 4,2 años. Durante el período de estudio se intensificó el tratamiento en un 73,8% de casos, con la adición de insulina (56%), un ADNI (41%) o ambos (20%). La falta de intensificación fue más frecuente en los pacientes con valores basales de HbA1c entre 7 y 8% (35,8%) que en los pacientes con valores superiores al 8% o 10% (11% en ambos casos). Entre los 15.847 pacientes elegibles para la intensificación (HbA1c $\geq 8\%$), el tratamiento se intensificó en el 79,1% de ellos. En el momento de la intensificación la media de HbA1c fue de 8,9% para la adición de un ADNI y de 9,4 para la insulinización. El tiempo medio hasta la intensificación fue de 8,7 y 14,5 meses para ADNI e insulina, respectivamente. Las variables más relevantes asociadas con la intensificación fueron: edad > 75 años (vs 55 años) Hazard Ratio ajustada [HRa] 0,77 (IC95% 0,72-0,82; p 0,001); duración de la diabetes > 20 años (vs 5 años) HRa 1,20 (1,07-1,34; p 0,001); HbA1c 8-9,9% (vs 8%) HRa 1,69 (1,63-1,75; p 0,001) y HbA1c $\geq 10\%$ (vs 8%) HRa 2,48, p 0,001).

Conclusiones: En una población de pacientes con DM2 en terapia combinada no insulínica y control glucémico inadecuado, hubo inercia clínica en uno de cada cinco casos con HbA1c > 8%. La intensificación del tratamiento se realizó cuando los valores de HbA1c eran muy superiores a los recomendados en las guías clínicas y con un notable retraso temporal. Se deberían desarrollar estrategias específicas para aumentar el número de pacientes sometidos a intensificación terapéutica y reducir el retraso en la intensificación cuando esta es necesaria.