



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

## 424/1523 - MANEJO DE PERFILES DE PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA CONTROVERTI2

S. Miravet Jiménez<sup>1</sup>, A. Cebrián Cuenca<sup>2</sup>, J. Obaya Rebollar<sup>3</sup>, F. Carramiñana Barrera<sup>4</sup>, F. García Soidán<sup>5</sup> e I. Aranbarri<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. ABS Martorell Urbano. Barcelona. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia. <sup>3</sup>Médico de Familia. Centro de Salud la Chopera. Madrid. <sup>4</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz. <sup>5</sup>Médico de Familia. Centro de Salud O Porriño. Pontevedra. <sup>6</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Arrasate. San Sebastián. Guipúzcoa.

### Resumen

**Objetivos:** Describir la práctica clínica habitual de médicos de atención primaria (MAPs) en España en relación a diferentes perfiles de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

**Metodología:** Cuestionario online con 21 preguntas sobre 6 perfiles de pacientes con DM2, junto con variables clínicas condicionantes del tratamiento, remitido a un panel de MAPs con > 10 años de experiencia en el manejo de la enfermedad (programa CONTROVERTI2).

**Resultados:** 240 MAPs, de 14 comunidades autónomas de España, respondieron al cuestionario (edad media  $52,5 \pm 9$  años, 57% hombres, 70% con > 20 años de experiencia). Globalmente, los factores clínicos que más condicionan el tratamiento en la práctica clínica son una HbA1c > 10% o la presencia de enfermedad cardiovascular (ECV), optándose ante estas situaciones por pautas que incluyen el uso de insulina o de un iSGLT2, respectivamente. Ante la presencia de obesidad suele optarse por el uso de un arGLP1 o un iSGLT2, y ante el riesgo de hipoglucemias por un iDPP4 o un iSGLT2. Se reportaron las siguientes prácticas mayoritarias en cada perfil de paciente: 1) Paciente con DM2 recién diagnosticado con una HbA1c > 9%: se inicia tratamiento con doble terapia (76%), bien con metformina+iDPP4 (51%) o bien con metformina+iSGLT2 (36%). 2) Paciente no controlado con metformina: se añade un iDPP4 (54%) o un iSGLT2 (39%) al tratamiento; 3) Paciente no controlado con metformina+iDPP4: se añade un iSGLT2 al tratamiento (80%); 4) Paciente no controlado con metformina + sulfonilurea: la sustitución de la sulfonilurea (77%), por un iDPP4 (52%) o un iSGLT2 (43%), es más frecuente que la adición de un tercer agente hipoglucemiante al tratamiento; 5) Paciente no controlado con metformina+sulfonilurea+iDPP4: ante una HbA1c > 10% se añade insulina basal, retirándose la sulfonilurea; 6) Paciente no controlado con metformina + insulina basal bien titulada: ante una HbA1c > 10% se opta por pauta basal-plus/basal-bolo (32,5%), o se añade un iSGLT2 (21%) o un arGLP1 si el paciente es obeso (22%). Si existe ECV, se añade mayoritariamente un iSGLT2.

**Conclusiones:** El cuestionario del programa CONTROVERTI2 muestra la práctica clínica habitual en DM2 declarada por MAPs con experiencia en el manejo de la enfermedad.

**Palabras clave:** Diabetes mellitus tipo 2. Práctica clínica habitual. Atención primaria.