



ORIGINAL

Inercia terapéutica en el manejo de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el ámbito de la Atención Primaria



M. Vernet Vernet*, M.J. Sender Palacios, L. Bautista Galí, P. Larrosa Sàez y J. Vargas Sánchez

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Atención Primaria Terrassa Nord, Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

Recibido el 10 de noviembre de 2014; aceptado el 21 de febrero de 2015

Disponible en Internet el 21 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Inercia terapéutica;
Diabetes mellitus
tipo 2;
Atención Primaria

Resumen

Objetivo: Valorar la inercia terapéutica (IT) en el manejo de los pacientes diabéticos tipo 2 (DM2) respecto al control glucémico y lipídico.

Material y métodos: Se estudiaron 2 grupos de pacientes. Grupo 1: todos los pacientes mayores de 14 años con registro de DM2 hasta el 28-02-2013 y con la última determinación de $HbA_{1c} \geq 8,5\%$. Grupo 2: todos los pacientes menores de 60 años con diagnóstico de DM2 realizado entre el 1-01-2011 y el 31-12-2012, sin complicaciones crónicas de la enfermedad y con la última determinación de $HbA_{1c} \geq 6,5\%$.

Resultados: Grupo 1: fueron incluidos 253 pacientes (13% de los DM2 registrados). La IT fue del 43% para la DM2, del 83% para el colesterol LDL y del 80% para los triglicéridos. La IT fue inferior ($p=0,037$) en los pacientes con $HbA_{1c} \geq 10\%$. La IT en el manejo del perfil lipídico no fue diferente dependiendo de los niveles de HbA_{1c} . Grupo 2: fueron valorados todos los pacientes con DM2 ($n=53$) que cumplían criterios de inclusión (2,7% de los casos de DM2 registrados). Porcentaje de visitas en las que se practicó IT: 55% para la DM2, 63% para el colesterol LDL y 64% para los triglicéridos. Se observó una mayor intensificación de la terapia en pacientes con $HbA_{1c} > 7,5\%$ en 3 de las 5 visitas realizadas.

Conclusiones: En ambos grupos la IT fue elevada, existiendo un infrarregistro de los motivos de la misma. Es importante mejorar la actitud y las condiciones laborales de los profesionales que atienden a la población diabética.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mvernet@cst.cat (M. Vernet Vernet).

KEYWORDS

Therapeutic inertia;
Type 2 diabetes;
Primary Health Care

Therapeutic inertia in the management of type 2 diabetic patients in Primary Health Care**Abstract**

Objective: To assess therapeutic inertia (TI) in the management of type 2 diabetic patients (DM2), as regards glycemic and lipid control.

Materials and methods: Two groups of patients were studied. Group 1: All the patients were older than 14 years, diagnosed with DM2 up to 28th February 2013, and their last determination of HbA_{1c} was $\geq 8.5\%$. Group 2: All patients, under 60 years old, diagnosed with DM2 between the 1st January 2011 and the 31st December 2012, with no chronic complications and their last determination of HbA_{1c} was $\geq 6.5\%$.

Results: Group 1: 253 patients were included (13% of DM2 diagnosed). TI was 43% for DM2, 83% for LDL cholesterol, and 80% for triglycerides. TI was lower ($P = .037$) in patients with HbA_{1c} $\geq 10\%$. There was no difference in TI as regards the management of lipid profile depending on the HbA_{1c} levels. Group 2: All DM2 patients ($n = 53$) who met inclusion criteria were assessed (2.7% of DM2 diagnosed). Percentage of visits of those patients that had TI: 55% for DM2, 63% for LDL cholesterol and 64% for triglycerides. A more intense therapy was observed in patients with HbA_{1c} $> 7.5\%$ in 3 of the 5 visits made.

Conclusions: TI in both groups was high and there is a lack of recording the reasons for this. It is important to improve the attitude of the professionals who care for the diabetic population. © 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La inercia terapéutica (IT) se define como la no iniciación o no intensificación del tratamiento cuando está indicado para una determinada enfermedad¹.

En la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) hay diferentes estudios que estiman una elevada prevalencia de IT²⁻⁵, lo que conlleva un mal control metabólico de dicha enfermedad, que favorece la aparición de complicaciones crónicas.

Una HbA_{1c} $< 7\%$ se ha visto que tiene claros efectos beneficiosos sobre la prevención de complicaciones y es el objetivo planteado para la población diabética en general. Sin embargo, dicho objetivo de control se debería individualizar dependiendo de las características de cada paciente⁶⁻⁸.

El concepto de memoria metabólica plantea que en la DM2 de reciente diagnóstico, un control metabólico estricto y prolongado durante los primeros años de la enfermedad, y no en fases avanzadas de la misma, conlleva efectos beneficiosos sostenidos en relación con las complicaciones tanto micro como macrovasculares. Así, los niveles de HbA_{1c} deberían ser $\leq 6,4\%$ en los pacientes con DM2 de corta evolución, expectativas de vida larga y ausencia de enfermedad cardiovascular avanzada⁹⁻¹².

Por otro lado, se pueden plantear objetivos de control menos estrictos (HbA_{1c} $< 8\%$) en los pacientes con antecedentes de hipoglucemias graves, esperanza de vida limitada, complicaciones micro o macrovasculares avanzadas y/o DM2 muy evolucionada¹³.

El objetivo del presente estudio es el de valorar la IT en el manejo de los pacientes con DM2 en relación con su control glucémico y lipídico. Esta valoración se ha realizado tanto en pacientes con un control metabólico muy deficiente

como en pacientes candidatos a un control metabólico más estricto.

Material y métodos**Población**

Para evidenciar una más amplia información sobre la actitud de los profesionales respecto a la IT, se estudiaron 2 grupos de pacientes diabéticos, de distintas características y con diferentes objetivos de control.

Grupo 1: todos los pacientes mayores de 14 años con registro de DM2 hasta el 28-02-2013 y con la última determinación de HbA_{1c} $\geq 8,5\%$.

Grupo 2: todos los pacientes menores de 60 años con diagnóstico de DM2 realizado entre el 01-01-2011 y el 31-12-2012, sin complicaciones crónicas de la enfermedad y con la última determinación de HbA_{1c} $\geq 6,5\%$.

Ámbito

Centro de Atención Primaria urbano con una cobertura poblacional de 42.000 habitantes.

Diseño

Grupo 1: estudio observacional transversal.

Grupo 2: estudio observacional retrospectivo.

Criterios de exclusión

Pacientes controlados por el Servicio de Endocrinología.

En el grupo 2, los pacientes con menos de 2 visitas de control de la DM2 durante el período de estudio.

Variables a estudio

- Datos sociodemográficos (edad y sexo).
 - Años de evolución de la DM2.
 - Parámetros de laboratorio: determinación de HbA_{1c}, colesterol LDL y triglicéridos (TG).
 - Existencia de registro, en la historia clínica, del motivo por el cual no se realizó un cambio terapéutico.

Valoración de la inercia terapéutica en la visita

Se consideró IT cuando no se llevó a cabo ningún cambio en el tratamiento a pesar de no cumplir los criterios de control establecidos¹. Se calculó mediante la siguiente fórmula¹⁴:

(Número de pacientes sin modificación de tratamiento/número de pacientes que no han conseguido el objetivo de control) $\times$ 100

Respecto al control glucémico se valoró:

Grupo 1: IT en la visita para control de la DM2 posterior a la última determinación de HbA_{1c}.

Grupo 2: IT en todas las visitas para control de la DM2 posteriores a las determinaciones de HbA_{1c} realizadas durante el período de estudio. En este grupo se consideró objetivo de control una HbA_{1c} < 6,5%.

Respecto al control lipídico, en ambos grupos y en todas las visitas se valoró también la intervención terapéutica según el perfil lipídico. Se consideraron como objetivos de control unas cifras de colesterol LDL < 100 mg/dl y de TG < 150 mg/dl.

Grados de severidad de la inercia terapéutica¹⁴

Para su valoración, en este estudio se tuvo en cuenta la proporción de visitas realizadas con IT durante el período de tiempo estudiado y se clasificó en:

- Leve: si el porcentaje de visitas en las que se practica IT es < 20%.
- Moderada: el porcentaje de visitas con IT se encuentra entre el 20 y el 50%.
- Severa: IT > 50%.

Estudio estadístico

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de las variables socio-demográficas, clínicas, de los parámetros de laboratorio, del registro de las diferentes variables y de la IT. Las variables fueron descritas como porcentajes con un intervalo de confianza del 95%. Se utilizó la prueba de chi-cuadrado para comparar variables categóricas, y el análisis de la varianza para comparar variables cuantitativas para muestras independientes. El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS® (versión 18).

Tabla 1 Características de la población estudiada en el grupo 1

	N = 253	%
<i>Sexo, varones</i>	137	54
<i>Edad media en años</i>	65	
<i>Grupos de edad en años</i>		
< 60	93	37
60-80	124	49
> 80	36	14
<i>Años de evolución de la diabetes mellitus^a</i>		
< 5	27	25
5-10	35	32
> 10	46	43
<i>Años de evolución de la diabetes mellitus (media)</i>	11	
<i>HbA_{1c}, %</i>		
8,5-9,9	170	67
$\geq$ 10	83	33
<i>HbA_{1c}, % (media)</i>	9,76	
<i>Colesterol LDL, mg/dl^b</i>		
< 100	107	46
101-129	74	32
$\geq$ 130	52	22
<i>Colesterol LDL, mg/dl (media)</i>	108	
<i>Triglicéridos, mg/dl</i>		
< 150	127	50
150-199	43	17
200-299	47	19
$\geq$ 300	36	14
<i>Triglicéridos, mg/dl (media)</i>	192	

^a Los años de evolución de la diabetes mellitus estaban registrados en el 43% (108) de los casos.

^b El colesterol LDL estaba registrado en el 92% (233) de los casos.

Resultados

Resultados del grupo 1

Se incluyeron 253 pacientes, que representaban el 13% de los diabéticos tipo 2 registrados en el centro. Las características de esta población se describen en la [tabla 1](#). Los años de evolución de la DM eran significativamente ($p = 0,02$) superiores en las mujeres (varones: 8,56 [DE 6,65]; mujeres: 13,84 [DE 10,16]).

En la [figura 1](#) se describe la proporción de pacientes en los que se detectó IT tanto en la DM como en la dislipidemia. En la DM se objetivó IT en 108 pacientes (43%), no estando justificada en 61 casos (42%). En esta enfermedad, el motivo registrado más frecuente de IT fue el incumplimiento terapéutico (35,5%), seguido de la negativa del paciente a realizar un cambio en el tratamiento (11,1%) y de la realización de un nuevo control analítico (8,8%). En el colesterol LDL se observó IT en 105 casos (83%), no estando justificada en 91 pacientes (87%). En el caso de los TG se identificó IT en 101 pacientes (80%), no estando

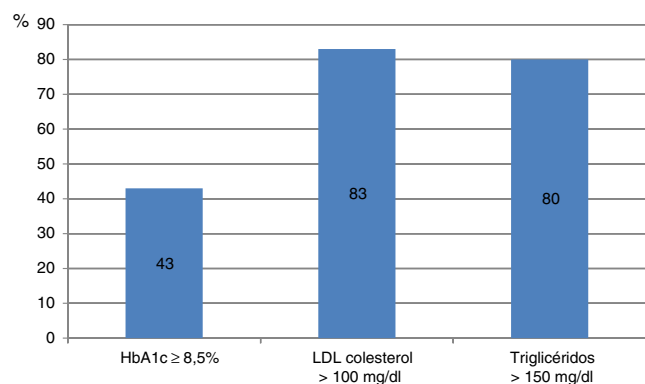


Figura 1 Inercia terapéutica en el grupo 1.

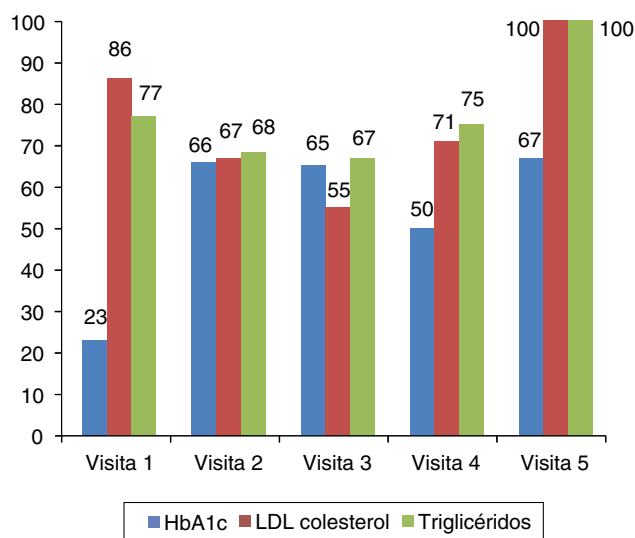


Figura 2 Proporción de pacientes en los que se detectó inercia terapéutica en el grupo 2.

justificada en 89 casos (88%). El motivo registrado más frecuentemente en el control lipídico fue el incumplimiento terapéutico.

No se observaron diferencias significativas entre la presencia de IT y la edad, el sexo y los años de evolución de la DM de estos pacientes. La IT fue inferior ($p=0,037$) en los pacientes con HbA_{1c} ≥ 10% (33,7%) respecto a los pacientes con HbA_{1c} entre 8,5 y 9,9% (45,8%). No se encontraron diferencias en la IT según las cifras de colesterol LDL, pero sí según las cifras de TG (TG 151-199: 91% IT; TG 200-299: 87% IT; TG ≥ 300: 58% IT) ($p=0,001$). La IT en el manejo del perfil lipídico no fue diferente dependiendo de los niveles de HbA_{1c}.

Resultados del grupo 2

Se valoraron 53 pacientes, que eran todos los pacientes diabéticos tipo 2 que cumplían los criterios de inclusión y que representaban el 2,7% de los diabéticos tipo 2 registrados. Las características de esta población se describen en la [tabla 2](#). Las características del perfil glucémico y lipídico en las diferentes visitas quedan reflejadas en la [tabla 3](#).

Tabla 2 Grupo 2. Características de la población estudiada en la primera visita

	N = 53	%
<i>Sexo, varones</i>	37	70
<i>Edad media en años</i>	51	
<i>Grupos de edad en años</i>		
< 40	3	6
40-50	17	32
50-60	33	62
<i>Años de evolución de la diabetes mellitus</i>		
< 1 año	48	91
1-2 años	5	9
n pacientes		HbA _{1c} (media)
<i>HbA_{1c}, %</i>		
6,5-7,5	18	34
> 7,5	35	66
<i>Colesterol LDL, mg/dl</i>		
≤ 100	9	24
101-129	9	24
≥ 130	20	52
<i>Triglicéridos, mg/dl</i>		
< 150	14	29
150-199	11	23
200-299	10	21
≥ 300	13	27

Tabla 3 Grupo 2. Características del perfil glucémico y lipídico en las diferentes visitas

	N = 53	%
<i>HbA_{1c}</i>		
Visita 1	53	9,15
Visita 2	42	7,91
Visita 3	24	8,01
Visita 4	10	7,79
Visita 5	3	7,90
n		Colesterol LDL, mg/dl (media)
<i>Colesterol LDL</i>		
Visita 1	38	136,31
Visita 2	30	129,06
Visita 3	20	111,30
Visita 4	10	126,50
Visita 5	3	83,66
n		Triglicéridos, mg/dl (media)
<i>Triglicéridos</i>		
Visita 1	48	259,66
Visita 2	34	311,35
Visita 3	23	214,26
Visita 4	10	208,60
Visita 5	3	199,66

En la [figura 2](#) se describe la proporción de pacientes en los que se detectó IT tanto en la DM como en la dislipidemia.

En el caso de la DM, el motivo de la IT quedó justificado en un 25% en la primera visita y en un 11% en la segunda visita.

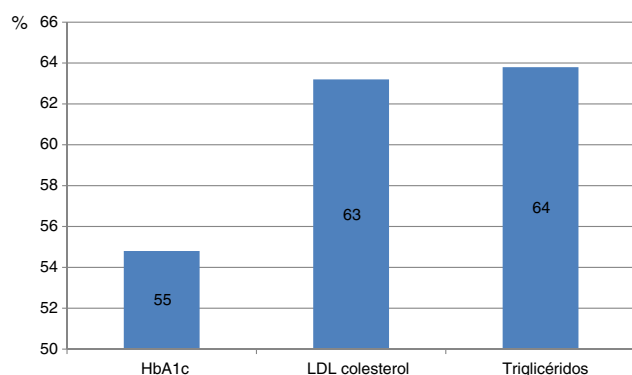


Figura 3 Severidad de la inercia terapéutica en el grupo 2: porcentaje de visitas en las que se practicó inercia terapéutica.

En cuanto al colesterol LDL, el registro de los motivos de IT se había anotado en un 12% en la primera visita y en un 7,1% en la segunda visita. En el caso de los TG, el motivo de la IT quedó registrado en un 7,7% en la primera visita y no se registró en ningún paciente a partir de la segunda visita. La severidad de la IT, según la proporción de visitas realizadas con esta, se muestra en la [figura 3](#).

No se observaron diferencias significativas entre la presencia de IT y la edad y el sexo de estos pacientes, pero sí se observó una mayor intensificación de la terapia en los pacientes con $HbA_{1c} > 7,5\%$ en 3 de las 5 visitas realizadas a estos pacientes (visita 1 [$p = 0,007$]; visita 2 [$p = 0,02$]; visita 4 [$p = 0,01$]).

Discusión

Al plantear este estudio sobre IT en el paciente diabético, se pensó que la realización del mismo en 2 grupos de diabéticos, de distintas características, nos podría ofrecer una más amplia información sobre la actitud de los profesionales en las diferentes situaciones que engloban a esta población. Así, se quería valorar tanto la actitud terapéutica del médico ante cualquier diabético con mal control glucémico como su actitud ante un diabético que, por sus características, requiriera un control glucémico estricto.

La proporción de pacientes que cumplían criterios de inclusión en el grupo 1, por un control glucémico deficiente, representaba un porcentaje aceptable del total de la población diabética registrada. Este mal control metabólico, tal como ha sido descrito en otros estudios, podría estar influido tanto por la edad de dicha población (cerca de dos tercios tenía una edad superior a 60 años, y un 14%, superior a 80 años) como por el tiempo de evolución de la DM, que era superior a 10 años en casi la mitad de los casos^{15,16}. En cuanto al perfil lipídico, cerca de la mitad de los pacientes presentaban un control óptimo, lo cual concuerda con lo descrito en la literatura².

En la población diabética joven con una DM de reciente diagnóstico, la proporción de pacientes con control glucémico deficiente, según los criterios de consenso^{6,8,13,17} y de inclusión en el estudio, era también baja. Esto podría ser debido a la realización de un amplio cribado poblacional de la DM por una especial sensibilidad de los profesionales de Atención Primaria en relación con esta afección, lo cual conlleva que se realicen diagnósticos de la enfermedad en

fases muy precoces de la misma. La elevada proporción de pacientes con un control lipídico deficiente en el momento del diagnóstico de la DM estaría justificado porque el objetivo de control varía en el momento de dicho diagnóstico⁶.

Analizando la IT, en el grupo 1 las cifras fueron similares a las descritas por el grupo de López-Simarro et al.². El motivo de la IT queda registrado en menos de la mitad de los casos en la DM y en una mínima proporción en cuanto al perfil lipídico, a pesar de que dicho registro es importante porque justifica, en parte, el motivo de la IT. En el presente estudio, la causa más frecuentemente registrada de IT, en el perfil glucémico, fue el incumplimiento terapéutico, el cual llega a ser de un 36% de los casos en algunos estudios². En los lípidos se obtiene una IT muy elevada que prácticamente no se llega a justificar a pesar de que el mal control lipídico se considera el factor más potente de riesgo cardiovascular en el paciente diabético¹⁸. En este estudio, la responsabilidad de la IT es atribuible, en proporciones similares, a los pacientes y a los profesionales médicos que los atienden. La mayoría de los motivos de IT registrados son los que están relacionados con el propio paciente, siendo mínima la proporción de motivos registrados atribuibles a los profesionales, correspondiendo principalmente a la realización de un nuevo control analítico antes de llevar a cabo modificaciones en el tratamiento. Los porcentajes de responsabilidad del médico y de los pacientes son similares a los descritos en la literatura¹⁹.

Por lo citado anteriormente, una de las limitaciones de este estudio, como de otros que dependen del análisis de variables que se obtienen a partir de la revisión de historias clínicas, fue el infraregistro de dichas variables. Otra limitación en los estudios de IT está en la variabilidad en la representación de los datos de los diferentes trabajos, que dificulta la comparación entre ellos¹⁹. En nuestro caso se optó por la cuantificación de la IT en el grupo 1 y por el porcentaje de visitas en los que no se había modificado el tratamiento en el grupo 2, tal y como se especifica en el apartado de material y métodos.

La edad y los años de evolución de la diabetes no modifican la actitud terapéutica, a diferencia de lo obtenido en otros estudios, en los que se ha relacionado mayor IT en los pacientes de mayor edad^{2,4}. La modificación del tratamiento se efectúa más a menudo cuanto peor es el control, lo cual sí que coincide con lo objetivado en la literatura⁴. Por otra parte, el control metabólico de la DM no modificó la actitud terapéutica respecto al control lipídico.

En el grupo 2, la severidad de la IT, en el control glucémico, fue más elevada que en el grupo 1. La IT que fue baja en la primera visita fue empeorando en las posteriores, y los cambios terapéuticos se hicieron con HbA_{1c} más elevadas, lo cual pone de manifiesto que los profesionales sanitarios no tienen en cuenta la importancia del concepto de efecto legado-memoria metabólica⁹⁻¹². La IT lipídica sí que tuvo una tendencia a mejorar en visitas posteriores, y esto podría estar en relación con el hecho de que se partía de un control lipídico claramente más deficiente si se compara con el glucémico. El registro de los motivos de la IT fue todavía inferior en el grupo 2, y esto estaría también relacionado con la poca importancia que se le daría a la actuación terapéutica precoz en las fases iniciales de la enfermedad.

Según otros estudios, la IT en el control de otros factores de riesgo, en pacientes diabéticos, es también elevada^{20,21}.

En conclusión, en ambos grupos la IT fue elevada, existiendo un infrarregistro de los motivos de la misma. Es importante mejorar las actitudes y condiciones laborales²² de los profesionales que atienden a la población diabética para disminuir la IT, de forma global, e introducir la idea de conseguir, al inicio del diagnóstico de la DM, valores de HbA_{1c} lo más cercanos posibles a la normalidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135:825–34.
2. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Cols-Sagarra C, Selva A, Aguado-Jodar A, et al. Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en atención primaria. *Med Clin (Barc).* 2012;138:377–84.
3. Avignon A, Attali C, Sultan A, Ferrat EW, Le Breton J. Clinical inertia: Viewpoints of general practitioners and diabetologists. *Diabetes Metab.* 2012;38:S53–8.
4. Mata-Cases M, Benito-Baborrey B, Roura-Olmeda P, Franch-Nadal J, Pepió-Vilaubi JM, Saez M, et al., GEDAPS (Primary Care Group for the study of Diabetes) of the Catalan Society of Family and Community Medicine. Clinical inertia in the treatment of hyperglycemia in type 2 diabetes patients in primary care. *Curr Med Res Opin.* 2013;29:1495–502.
5. González-Clemente JM, Font B, Lahoz R, Llauredó G, Gambús G. Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no insulinizados en tratamiento con hipoglucemiantes orales. *Estudio INERCIA. Med Clin (Barc).* 2014;142:478–84.
6. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. *Diabetes Care.* 2014;37 Suppl 1:s14–8.
7. Cano-Pérez JF, Franch J. Guía de la diabetes tipo 2. 5.^a ed. Barcelona: Elsevier España, S. L.; 2011. p. 20-1.
8. Menéndez E, Lafita FJ, Artola S, Millán J, Alonso A, Puig M, et al. Recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la hiperglucemia en la diabetes tipo 2. Documento de consenso. *Aten Primaria.* 2011;43:202e1–9.
9. UK Prospective Diabetes Study (UKPDS) Group. Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *Lancet.* 1998;352:837–933. Erratum in *Lancet.* 1999;354:602.
10. Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, Genuth SM, Lachin JM, Orchard TJ, et al., Diabetes Control and Complications Trial/Epidemiology of Diabetes Interventions and Complications (DCCT/EDIC) Study Research Group. Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med.* 2005;353:2643–53.
11. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA. 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;359:1577–89.
12. Gaede P, Lund-Andersen H, Parving HH, Pedersen O. Effect of a multifactorial intervention on mortality in type 2 diabetes. *N Engl J Med.* 2008;358:580–91.
13. Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M, Hirsch B, Inzucchi E, Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: Implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med.* 2011;154:554–9.
14. Suárez C. ¿Cómo se puede medir la inercia terapéutica? Disponible en: <http://www.seh-lelha.org/pdf/inerciater2.pdf>
15. De Pablos P, Franch J, Banegas JR, Fernández S, Sicras A, Díaz S. Estudio epidemiológico del perfil clínico y control glucémico del paciente diabético atendido en centros de atención primaria en España (estudio EPIDIAP). *Endocrinol Nutr.* 2009;56:233–40.
16. Pérez A, Mediavilla JJ, Miñambres I, González-Segura D. Control glucémico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en España. *Rev Clin Esp.* 2014;8:429–36, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2014.05.028>.
17. Mata Cases M. Inercia terapéutica en el control glucémico de la diabetes mellitus tipo2: inconvenientes y ventajas. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2012;29:34–40.
18. Turner RC, Millns H, Neil HA, Stratton IM, Manley SE, Matthews DR. Risk factors for coronary artery disease in non-insulin dependent diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 23). *BMJ.* 1998;316:823–8.
19. López Simarro F. Inercia terapéutica en diabetes. *Diabetes Práctica.* 2014;5:49–96.
20. Alonso Moreno FJ, Llisterri Caro JL, Rodríguez Roca GC, Prieto Díaz MA, Divisón Garrote JA, Barrios Alonso V, et al. Conducta del médico de atención primaria ante el mal control de la hiperensión arterial. Estudio PRESCAP 2010. *Semergen.* 2013;39:3–11.
21. Barquilla García A, Llisterri Caro JL, Prieto Díaz MA, Alonso Moreno FJ, García Matarín L, Galgo Nafria A, et al. Control de la presión arterial en una población hipertensa diabética en atención primaria: Estudio PRESCAP-Diabetes 2010. *Semergen.* 2015;41:13–23.
22. Benito Badorrey B. El problema de la inercia terapéutica en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en España. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2012;29:41–6.