



Medicina de Familia  
**SEMERGEN**

[www.elsevier.es/semergen](http://www.elsevier.es/semergen)



ORIGINAL

## Consenso multidisciplinar sobre el manejo individualizado de la diabetes en atención primaria. Estudio ICANDAP



E. Vinyoles-Bargalló<sup>a</sup>, A. Galgo-Nafria<sup>b</sup>, O. González-Albarrán<sup>c</sup>  
y P. Rodríguez-Fortúnez<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup> *Universitat de Barcelona, Centro de Atención Primaria La Mina, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *Medicina de Familia, Centro de Salud Espronceda, Madrid, España*

<sup>c</sup> *Servicio de Endocrinología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España*

<sup>d</sup> *Departamento Médico Mylan, Madrid, España*

Recibido el 12 de julio de 2016; aceptado el 12 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 12 de noviembre de 2016

### PALABRAS CLAVE

Diabetes;  
Consenso;  
Manejo;  
Individualizado;  
Atención Primaria

### Resumen

**Introducción:** Se trata de explorar el grado de aceptación y consenso en el abordaje individualizado y determinadas recomendaciones sobre el manejo clínico-terapéutico de la diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) entre los médicos de Atención Primaria (AP) españoles y explorar las diferentes barreras que pueden interferir en su implementación en la práctica clínica habitual. **Material y métodos:** Estudio nacional en el ámbito de la AP, de carácter exploratorio, de acuerdo con la metodología Delphi modificada, con 2 rondas de consenso. Evaluación por parte de un panel homogéneo formado por 152 médicos de AP a través de un cuestionario dividido en 6 áreas temáticas y constituido por 27 ítems.

**Resultados:** De manera global, se consiguió el consenso en 19 (70,4%) de los 27 ítems: 12 de acuerdo (44,4%) y 7 de desacuerdo (25,9%). No se alcanzó consenso en 8 de los ítems (29,6%).

**Conclusiones:** Aunque hay aspectos que reflejan un aceptable consenso sobre el manejo de la diabetes de tipo 2 con base en el perfil individualizado del paciente, como el establecimiento de los objetivos de control o la selección de los fármacos antidiabéticos, persiste una amplia diversidad de opiniones entre los médicos de AP en nuestro medio.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [patricia.rodriiguezfortunez@mylan.com](mailto:patricia.rodriiguezfortunez@mylan.com) (P. Rodríguez-Fortúnez).

**KEYWORDS**

Diabetes;  
Consensus;  
Management;  
Individual;  
Primary Care

**Delphi consensus on the individualised management of diabetes in primary care. ICANDAP study****Abstract**

*Introduction:* To determine the level of acceptance of the message of individualised management of type 2 diabetes mellitus among Spanish Primary Care (PC) physicians, and to evaluate the factors that may interfere with its implementation in clinical practice.

*Material and methods:* National study in the field of PC, exploratory, and following a two-round modified Delphi method. Evaluation by a homogeneous panel of 152 physicians using a 27-items questionnaire divided into 6 thematic areas.

*Results:* Overall, consensus was achieved in 19 (70.4%) of the 27 items, 12 in agreement (44.4%), and 7 in disagreement (25.9%). There was no consensus in 8 (29.6%) of the items.

*Conclusions:* Although there are certain aspects indicating the good acceptance of the message of diabetes management based on the individual patient profile, such as in the establishment of targets or the selection of antidiabetic drugs, the message has not been assimilated by all Spanish PC physicians. Further studies, involving a large number of physicians, are required to corroborate these results, and identify more factors that may be interfering with the implementation in clinical practice.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) es una de las enfermedades crónicas que más ha incrementado su prevalencia en los últimos 20 años, hasta el 13,8%, como reveló el estudio Di@bet.es. Este estudio mostró además que esta prevalencia se encuentra incrementada significativamente en el sexo masculino y con la edad<sup>1,2</sup>. Es, además, una de las principales causas de problemas cardiovasculares, ceguera, enfermedad renal terminal, amputaciones y hospitalizaciones, por lo que genera un gran impacto sobre el sistema sanitario<sup>3</sup>. La responsabilidad del diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de la enfermedad recae fundamentalmente en el médico de Atención Primaria (AP).

Lejos de presentar un perfil clínico homogéneo, el paciente diabético presenta un amplio abanico de situaciones, grados de evolución y comorbilidades que dificultan su manejo terapéutico y suponen un cuadro complejo para muchos médicos<sup>4</sup>. Dicha complejidad ha quedado patente en los ensayos clínicos ACCORD, ADVANCE y VADT al demostrarse que el control estricto de la glucemia es únicamente recomendable para algunos perfiles de paciente<sup>5-7</sup>. Esto ha llevado a las principales sociedades científicas en el ámbito de la diabetes, como la American Diabetes Association (ADA), la European Association for the Study of Diabetes (EASD) o el Grupo de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud (GEDAPS), a proponer un enfoque menos algorítmico de la enfermedad y más centrado en la individualización del tratamiento y en el propio paciente<sup>8-10</sup>. En este caso, para la elección del tratamiento antidiabético se ha recomendado tener en cuenta sus efectos secundarios asociados, en especial el riesgo de hipoglucemias, o incluso la posible ganancia de peso en el paciente con obesidad<sup>11</sup>.

Dentro de este manejo individualizado, el diagnóstico y abordaje de la diabetes en el paciente anciano es un

aspecto relevante condicionado por su perfil de fragilidad, su elevada heterogeneidad clínica, la mayor presencia de comorbilidades, su deterioro cognitivo, etc.<sup>12,13</sup>.

En lo referente a la individualización en el manejo clínico global del paciente con diabetes, la presencia de comorbilidades de origen cardiometabólico, como las dislipidemias o la hipertensión arterial, son factores clave para un correcto control clínico terapéutico<sup>14</sup>.

Por ello, el objetivo del presente estudio consistió en explorar el grado de aceptación y el grado de consenso de diferentes enfoques y posibles barreras en el manejo individualizado de la DM2 de una muestra de médicos de AP de ámbito nacional.

## Materiales y métodos

### Diseño del estudio

Estudio de carácter exploratorio y ámbito español realizado en un panel de 152 médicos de AP interesados en participar. El proyecto se llevó a cabo siguiendo la metodología Delphi modificada<sup>15</sup> a lo largo de 2 rondas consecutivas de consenso. La primera ronda transcurrió entre el 8 de julio y el 4 de octubre de 2013 y la segunda ronda entre el 30 de octubre y el 21 de noviembre de 2013.

Se invitó a participar a un total de 160 médicos de AP distribuidos por toda la geografía española. Los únicos criterios de selección que debían cumplir eran los siguientes: aceptar la participación en el estudio, tener más de 2 años de ejercicio profesional y experiencia en el manejo de pacientes con DM2. De estos 160 panelistas, finalmente participaron 152 médicos en las 2 rondas. Respecto a la distribución de la muestra, con la excepción de Ceuta y Melilla, hubo representación de todas las comunidades autónomas: Andalucía (26 panelistas), Comunidad Valenciana (22), Castilla y

León (15), Galicia (13), Cataluña (12), Comunidad de Madrid (12), Región de Murcia (10), Castilla La Mancha (9), Islas Canarias (9), Aragón (6), Cantabria (4), Extremadura (4), Principado de Asturias (4), Islas Baleares (2), Navarra (2) y País Vasco (2).

## Objetivo

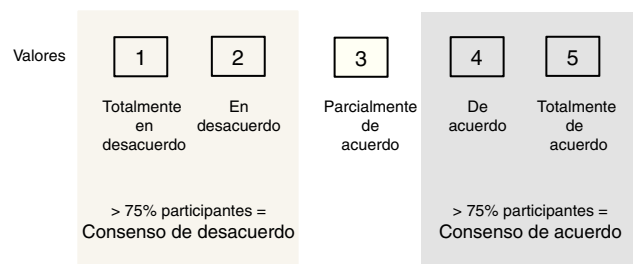
El objetivo de este estudio era explorar el grado de consenso entre los médicos de AP españoles sobre ciertos aspectos relevantes en el manejo clínico del paciente con diagnóstico de DM2.

## Elaboración del cuestionario

El comité científico, formado por los autores del artículo —una endocrina especializada en diabetes y 2 médicos de AP con amplia experiencia en el campo de la diabetes— elaboró un cuestionario con 27 ítems que consideró de relevancia y que serían objeto de valoración privada por cada uno de los panelistas. Para su elaboración, se realizó previamente una revisión<sup>16</sup> de las guías más utilizadas en la práctica clínica habitual (ADA, 2013; EASD, 2012 y GEDAPS, 2014) y el resto de los ítems, no clínicos y sobre aspectos organizativos implicados en la falta de control en el manejo de la DM2 (tratamiento, diagnóstico, pronóstico, gestión/organización, prevención, etc.) en el ámbito de la AP española, fueron determinados a criterio de dicho comité por considerarse de interés. Cada ítem recogió un criterio<sup>17</sup> profesional o una recomendación clínica sobre el manejo de la diabetes en AP. Finalmente, los 27 ítems seleccionados se agruparon en las siguientes 6 áreas temáticas: factores organizativos generales que dificultan las decisiones diagnósticas o terapéuticas en AP; el paciente diabético de reciente diagnóstico; el paciente diabético de larga evolución; el paciente diabético con obesidad; el paciente diabético hipertenso y el paciente anciano con otras afecciones. La valoración de cada ítem consistió en una escala Likert de 5 puntos: totalmente en desacuerdo (valor 1), en desacuerdo (valor 2), parcialmente de acuerdo (valor 3), de acuerdo (valor 4) y totalmente de acuerdo (valor 5) (fig. 1).

## Determinación del consenso

Las rondas de consenso se llevaron a cabo a través de un cuaderno de recogida de datos diseñado a tal efecto y situado en una plataforma *online*. El acceso a la web



**Figura 1** Escala Likert para la valoración del consenso en cada ítem del cuestionario.

de cada participante estaba protegido por un código de usuario y contraseña, que una vez validados daban acceso al cuestionario y a una breve información sobre el proyecto.

Tras la primera ronda, se determinó el porcentaje de consenso «de acuerdo o de desacuerdo» alcanzado para cada ítem. Se estableció el término «consenso de acuerdo» cuando más del 75%<sup>18</sup> de los médicos estuvieron «de acuerdo» o «totalmente de acuerdo» con la afirmación presentada en el ítem (fig. 1). De igual manera, se alcanzó un «consenso de desacuerdo» cuando más del 75% de los médicos estuvieron «en desacuerdo» o «totalmente en desacuerdo» con el enunciado del ítem. El resto de los resultados fue considerado como «no haber alcanzado consenso» para el ítem. Desde el punto de vista analítico, cada ítem fue tratado de manera independiente. Una vez analizados los resultados de la primera ronda, se realizó una segunda ronda únicamente con aquellos ítems en los que no se había alcanzado consenso. Para ello, los panelistas tuvieron que valorar de nuevo su grado de acuerdo o desacuerdo con cada ítem pero, esta vez, teniendo presente (al aparecer en la plataforma *online* a la hora de puntuar cada ítem) tanto la elección que habían tomado cada uno como los resultados generales obtenidos en primera ronda. Tras la segunda ronda de consenso, se analizaron los resultados con base en el mismo criterio de la primera ronda, y se obtuvieron así los resultados de consenso finales.

## Resultados

Tras la primera ronda, los médicos de AP alcanzaron consenso en 11 (40,7%) de los 27 ítems valorados: 7 consensos de acuerdo y 4 de desacuerdo.

Los resultados de las 2 rondas de consenso para cada uno de los ítems del cuestionario se presentan en la tabla 1.

En la segunda ronda, los médicos de AP alcanzaron consenso en 8 (50,0%) de los 16 ítems restantes: 5 consensos de acuerdo y 3 de desacuerdo.

Por lo tanto, de manera global se consiguió el consenso en 19 (70,4%) de los 27 ítems; 12 de acuerdo (44,4%) y 7 de desacuerdo (25,9%). No se alcanzó consenso en 8 (29,6%) de los ítems. Atendiendo a las áreas temáticas analizadas, los resultados de consenso final tras las 2 rondas fueron los siguientes:

### Afirmaciones referentes a factores organizativos generales

Se produjo consenso de acuerdo en:

1. «En mi centro de trabajo, puedo solicitar siempre las pruebas básicas estandarizadas que creo indicadas en el estudio del paciente diabético» (ítem 2).
2. «Es necesario mejorar el grado de organización y de implicación multidisciplinar de enfermería para optimizar el control del paciente con DM2 en AP» (ítem 3).

No hubo consenso en:

1. «La elevada presión asistencial dificulta el manejo de mis pacientes con DM2» (ítem 1).

**Tabla 1** Grados de consenso obtenidos en primera y segunda ronda para cada uno de los ítems del cuestionario

Ítem N.º	Enunciado	1.ª ronda (%)			2.ª ronda (%)		
		Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo
1	La elevada presión asistencial dificulta el manejo de mis pacientes con DM2	10	36	55	5	28	67
2	En mi centro de trabajo, puedo solicitar siempre las pruebas básicas estandarizadas que creo indicadas en el estudio del paciente diabético	4	8	88			
3	Es necesario mejorar el grado de organización y de implicación multidisciplinar de enfermería para optimizar el control del paciente con DM2 en AP	5	11	85			
4	El coste o la presión administrativa sobre la prescripción de la terapia antidiabética dificultan la individualización del tratamiento	18	39	43	9	57	34
5	Creo que la inercia terapéutica afecta las decisiones de los médicos de AP con relación a la DM2 de manera importante	9	38	53	5	35	60
6	Creo que es preciso el tratamiento farmacológico precoz en la DM2 de reciente diagnóstico para conseguir un control adecuado y evitar complicaciones a largo plazo	4	7	89			
7	En AP, se tienen suficientemente en cuenta la ganancia de peso y las probables hipoglucemias con las distintas terapias disponibles en la elección de los fármacos en el DM2 de reciente diagnóstico en el momento actual	13	26	62	5	18	77
8	En AP, se tiene suficientemente en cuenta la seguridad cardiovascular de los fármacos antidiabéticos en la decisión sobre qué tipo de fármaco utilizar en la DM2 de reciente diagnóstico	8	24	68	3	14	84
9	La seguridad renal de los fármacos antidiabéticos es uno de los factores que más influye en la decisión sobre qué tipo de fármaco utilizar en la DM2 de reciente diagnóstico	5	26	70	3	11	86

Tabla 1 (continuación)

Ítem N.º	Enunciado	1.ª ronda (%)			2.ª ronda (%)		
		Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo
10	Realizo un seguimiento estrecho del deterioro renal tras iniciar tratamiento antidiabético en el paciente de DM2 de reciente diagnóstico	3	20	77			
11	En perfiles de pacientes de DM2 de reciente diagnóstico y sin repercusión orgánica, fijo unos objetivos metabólicos exigentes (HbA1c < 6,5%)	5	25	70	2	10	88
12	El control integral de los factores de riesgo asociados es más importante que el control estricto de la HbA1c	5	25	70	2	13	85
13	Las pautas complejas con insulina son difíciles de manejar en el paciente con DM2 de larga evolución por el riesgo de efectos secundarios como la hipoglucemia	15	26	59	4	24	72
14	Suelo derivar al paciente diabético de larga evolución al especialista para su manejo	73	22	5	82	16	2
15	Creo que el objetivo de bajar de peso en el paciente obeso con DM2 es tan importante como el control de la glucemia	3	18	80			
16	El uso de fármacos hipoglucemiantes como la insulina o las sulfonilureas, que producen ganancia ponderal, es necesario para el control del paciente y no tengo una actitud diferente por el hecho de que sea obeso	80	16	5			
17	No suelo utilizar los nuevos fármacos análogos del péptido similar a glucagón 1 (GLP-1), que producen reducción de peso, por el alto coste y porque no considero que tengan gran repercusión clínica	78	17	5			
18	Los programas para adelgazar en DM2 no son muy accesibles ni están claramente protocolizados, por lo que no suelen tener éxito	26	34	39	11	47	43
19	En el anciano pluritratado, evito añadir más fármacos antidiabéticos (aunque puedan estar indicados), para evitar interacciones y complicaciones	70	18	12	78	16	6

Tabla 1 (continuación)

Ítem N.º	Enunciado	1.ª ronda (%)			2.ª ronda (%)		
		Desacuerdo	Neutral	De acuerdo	Desacuerdo	Neutral	De acuerdo
20	El paciente anciano con DM2 y otras afecciones es mejor cumplidor de los tratamientos que el joven	51	33	16	62	33	5
21	En el anciano con DM2 y enfermedad renal crónica, el único antidiabético que utilizo casi siempre es la insulina, por temas de seguridad	82	14	4			
22	En el manejo del paciente anciano con DM2 y otras afecciones, tengo muy presente el riesgo de hipoglucemia	1	1	99			
23	A menudo, la DM2 es la enfermedad menos relevante en el anciano con otras afecciones	72	20	8	83	13	4
24	En perfiles de pacientes de DM2 ancianos con otras afecciones, fijo unos objetivos metabólicos estrictos (HbA1c < 7%)	53	25	22	74	19	7
25	Para mí, el diabético hipertenso tiene un objetivo de control tensional similar al hipertenso no diabético	77	11	13			
26	El tratamiento antihipertensivo de primera elección en el diabético son los bloqueantes del sistema renina-angiotensina	10	14	76			
27	La elección de diurético o calcioantagonista como 2.º fármaco antihipertensivo ha perdido interés, ya que el paciente diabético hipertenso precisa triple terapia en gran parte de los casos	44	32	24	64	25	11

AP: Atención Primaria; MD2: diabetes mellitus de tipo 2.

Los ítems que alcanzaron consenso de acuerdo o desacuerdo se han resaltado en verde o rojo, respectivamente.

2. «El coste o la presión administrativa sobre la prescripción de la terapia antidiabética dificultan la individualización del tratamiento» (ítem 4).
3. «Creo que la inercia terapéutica afecta las decisiones de los médicos de AP con relación a la DM2 de manera importante» (ítem 5).

#### Afirmaciones referentes al paciente diabético de tipo 2 de reciente diagnóstico

Se produjo consenso de acuerdo en:

1. «Creo que es preciso el tratamiento farmacológico precoz en la DM2 de reciente diagnóstico para conseguir un control adecuado y evitar complicaciones a largo plazo» (ítem 6).
2. «En AP, se tienen suficientemente en cuenta la ganancia de peso y las probables hipoglucemias con las distintas terapias disponibles en la elección de los fármacos en la DM2 de reciente diagnóstico en el momento actual» (ítem 7).
3. «En AP, se tiene suficientemente en cuenta la seguridad cardiovascular de los fármacos antidiabéticos en la decisión sobre qué tipo de fármaco utilizar en la DM2 de reciente diagnóstico (ítem 8)».



- «La seguridad renal de los fármacos antidiabéticos es uno de los factores que más influye en la decisión sobre qué tipo de fármaco utilizar en la DM2 de reciente diagnóstico» (ítem 9).
- «Realizo un seguimiento estrecho del deterioro renal tras iniciar tratamiento antidiabético en el paciente de DM2 de reciente diagnóstico» (ítem 10).
- «En perfiles de pacientes de DM2 de reciente diagnóstico y sin repercusión orgánica, fijo unos objetivos metabólicos exigentes (HbA1c < 6,5%)» (ítem 11).
- «El control integral de los factores de riesgo asociados es más importante que el control estricto de la HbA1c» (ítem 12).

### Afirmaciones referentes al paciente diabético de tipo 2 de larga evolución

Se produjo consenso, pero en desacuerdo en:

- «Suelo derivar al paciente diabético de larga evolución al especialista para su manejo» (ítem 14).

No hubo consenso:

- «Las pautas complejas con insulina son difíciles de manejar en el paciente con DM2 de larga evolución por el riesgo de efectos secundarios como la hipoglucemia» (ítem 13).

### Afirmaciones referentes al paciente diabético con obesidad

Se produjo consenso de acuerdo en:

- «Creo que el objetivo de bajar de peso en el paciente obeso con DM2 es tan importante como el control de la glucemia» (ítem 15).

Hubo consenso, pero en desacuerdo en:

- «El uso de fármacos hipoglucemiantes como la insulina o las sulfonilureas, que producen ganancia ponderal, es necesario para el control del paciente y no tengo una actitud diferente por el hecho de que sea obeso» (ítem 16).
- «No suelo utilizar los nuevos fármacos análogos del péptido similar a glucagón 1 (GLP-1), que producen reducción de peso, por el alto coste y porque no considero que tengan gran repercusión clínica» (ítem 17).

No hubo consenso sobre:

- «Los programas para adelgazar en DM2 no son muy accesibles ni están claramente protocolizados, por lo que no suelen tener éxito» (ítem 18).

### Afirmaciones referentes al paciente diabético hipertenso

Se produjo consenso de acuerdo sobre:

- «El tratamiento antihipertensivo de primera elección en el diabético son los bloqueantes del sistema renina-angiotensina» (ítem 26).

Hubo consenso, pero en desacuerdo:

- «Para mí, el diabético hipertenso tiene un objetivo de control tensional similar al hipertenso no diabético» (ítem 25).

No hubo consenso en:

- «La elección de diurético o calcioantagonista como 2.º fármaco antihipertensivo ha perdido interés, ya que el paciente diabético hipertenso precisa triple terapia en gran parte de los casos» (ítem 27).

### Afirmaciones referentes al paciente diabético hipertenso anciano con otras afecciones

Se produjo consenso de acuerdo en:

- «En el manejo del paciente anciano con DM2 y otras afecciones, tengo muy presente el riesgo de hipoglucemia» (ítem 22).

Hubo consenso de desacuerdo en:

- «En el anciano pluritratado, evito añadir más fármacos antidiabéticos (aunque puedan estar indicados), para evitar interacciones y complicaciones» (ítem 19).
- «En el anciano con DM2 y enfermedad renal crónica, el único antidiabético que utilizo casi siempre es la insulina, por temas de seguridad» (ítem 21).
- «A menudo, la DM2 es la enfermedad menos relevante en el anciano con otras afecciones» (ítem 23).

No hubo consenso en:

- «El paciente anciano con DM2 y otras afecciones es mejor cumplidor de los tratamientos que el joven» (ítem 20).
- «En perfiles de pacientes de DM2 ancianos con otras afecciones, fijo unos objetivos metabólicos estrictos (HbA1c < 7%)» (ítem 24).

### Discusión

La heterogeneidad del perfil clínico del paciente con DM2 ha llevado a la ADA, EASD y al GEDAPS a proponer un manejo de la enfermedad más centrado en el perfil individual del paciente y no tanto en seguir un algoritmo estandarizado<sup>8-10</sup>, pero, en ocasiones, las guías no reflejan la realidad de una práctica clínica habitual. El consenso ICANDAP ha proporcionado evidencia sobre las diferencias de opinión entre los médicos de AP sobre aspectos concretos del manejo clínico de la DM2 en el ámbito español de la AP, que pueden reflejar o incluso reforzar la valoración y manejo de manera individualizada de la DM2.

Uno de los puntos en los que no se alcanzó consenso fue la influencia de la elevada presión asistencial en AP. En este sentido, el manejo de la DM2 requiere un nivel asistencial de

mucha dedicación debido a la elevada comorbilidad, la complejidad del tratamiento y las revisiones periódicas en las consultas de enfermería de AP<sup>19</sup>, esto se suma al incremento de la población afectada y genera una presión asistencial en AP que puede dificultar el manejo individualizado del paciente con DM2.

Otro punto controvertido que no alcanzó consenso fue el coste o la presión administrativa que existe sobre la prescripción de fármacos antidiabéticos. En nuestro estudio este hecho no parece redundar en una peor individualización del tratamiento. Sin embargo, la ausencia de consenso podría interpretarse como las dificultades prescriptoras de determinados fármacos según distintas comunidades autónomas, pero la escasa muestra de médicos de cada comunidad autónoma en el estudio no permite analizar esta cuestión.

La inercia terapéutica también resultó un aspecto controvertido, sin que se alcanzara el consenso entre los panelistas. Actualmente, la inercia terapéutica está considerada como uno de los problemas más importantes en el manejo de la DM2<sup>20,21</sup>, como reconoce el 60% de los panelistas de nuestro estudio. Pero sorprende el amplio porcentaje de no reconocimiento del problema, en el que puede existir cierto sesgo, al ser difícil reconocer inercia en uno mismo. La respuesta de los médicos indica que el problema no está todavía claramente situado como barrera en el tratamiento de la enfermedad.

El estudio refleja que existe consenso en la individualización del tratamiento con base en el perfil del paciente diabético, teniendo en cuenta aspectos como: la ganancia de peso (sobre todo en pacientes obesos) o las hipoglucemias, la seguridad cardiovascular y la seguridad renal, sobre todo en pacientes ancianos con otras afecciones. También, refleja la posibilidad de añadir más fármacos antidiabéticos a pacientes ancianos en el manejo de este tipo de paciente más frágil y que se acepta el ser menos agresivo en el manejo clínico-terapéutico que con un paciente más joven<sup>22,23</sup>. De la misma manera, hay consenso sobre realizar seguimiento de la función renal tras iniciar el tratamiento antidiabético en pacientes de reciente diagnóstico.

En el caso de pacientes diabéticos hipertensos, se considera como primera elección la utilización estandarizada de bloqueantes del sistema renina-angiotensina. Sin embargo, el objetivo del control tensional del paciente diabético hipertenso se estima que debe ser más estrecho que el de un hipertenso no diabético. Asimismo, este estudio reflejó controversia, aunque con mayoritario desacuerdo (64%), acerca de la importancia de elección del diurético o calcioantagonista como segundo fármaco antihipertensivo, puesto que estos pacientes precisan triple terapia en la mayoría de los casos (ítem 27). Una posible explicación podría ser que, en el contexto de la AP, se trata desde el inicio al paciente diabético hipertenso y que un porcentaje importante se encuentra controlado con doble terapia antihipertensiva<sup>24</sup>, por lo que el médico de AP utiliza, solo en ocasiones, la triple terapia y lo deriva al médico especialista si el paciente diabético presenta una posible refractariedad.

Por otro lado, en nuestro estudio se indica que para el diagnóstico reciente de la DM2 se mantiene el objetivo estandarizado de HbA1c < 6,5%, aunque el estudio refleja consenso en establecer un mayor control de los factores de

riesgo sobre el control estricto del nivel glucémico, punto clave para el manejo individual de la enfermedad.

De la misma manera, bajar de peso se considera un objetivo tan importante como el control de la glucemia para el caso del paciente con obesidad, ya que se ha demostrado que produce beneficios a corto plazo sobre el control glucémico, el riesgo cardiovascular y la calidad de vida<sup>25</sup>. Pese a ello, se encuentra una amplia división de opiniones acerca de los programas de adelgazamiento.

En el caso de los ancianos con otras afecciones, el 74% de los panelistas se mostró en desacuerdo en establecer unos objetivos metabólicos estrictos (HbA1c < 7%), en concordancia con la necesidad de individualizar los objetivos de control según las características del paciente. Sin embargo, el 19% se mantuvieron neutrales e incluso el 7% estuvieron de acuerdo. El hecho de que no se alcanzase consenso en este apartado denota que el mensaje de individualización no es un factor clave de manera unánime para todos los participantes de nuestra muestra. De hecho, incluso una cuarta parte de los panelistas llegó, en alguno de los casos, a oponerse o a manifestarse neutral en alguna de las recomendaciones establecidas por el GEDAPS, la ADA y la EASD.

Una de las principales limitaciones del estudio proviene de la selección de los participantes. En este sentido, la selección se realizó a través de la red de ventas del promotor. La composición final del panel se realizó en función de criterios de experiencia clínica y de investigación en el abordaje del paciente diabético y de la disponibilidad de los candidatos. Además, hubo contraprestación económica para los participantes por honorario profesional. Por lo tanto, es posible que existiera un cierto sesgo de selección de los participantes. Otra de las limitaciones deriva de la representatividad de la muestra. Desde el principio, con la selección de los médicos no se pretendió obtener una muestra representativa de los médicos españoles sino que se aplicara de manera adecuada la metodología Delphi. Sin embargo, el número de médicos incluidos en el estudio y su distribución geográfica permiten que los resultados puedan extrapolarse, con cierta cautela, al ámbito nacional. El número de expertos seleccionados, que si hubiese sido mayor habría sido más representativo aún, se decidió así por criterios logísticos y de operatividad. Finalmente, otra limitación radica en la naturaleza subjetiva de las opiniones que ofrecen los panelistas, ya que no necesariamente deben ser representativas de la práctica clínica real del resto de los médicos, ni siquiera de sus propios hábitos terapéuticos. Pese a que estas limitaciones siempre se encuentran presentes en este tipo de estudios de consenso, este tipo de análisis permite explorar tendencias clínico-terapéuticas y análisis indirectos del grado de implementación de las recomendaciones actuales en el manejo de la DM2.

En conclusión, aunque hay aspectos que reflejan, por un lado, una buena incorporación del mensaje del manejo de la diabetes con base en el perfil individualizado del paciente y de las recomendaciones actuales tanto nacionales como internacionales y, por el otro, el establecimiento de los objetivos de control o de la selección de los fármacos antidiabéticos, los resultados de nuestro estudio señalan que los recientes cambios conceptuales en el manejo de la DM2 introducidos por distintas sociedades de referencia han



sido aceptados solo parcialmente por los médicos de AP en nuestro medio. Se necesitan más estudios con metodología óptima para corroborar estos resultados e identificar posibles factores que puedan estar interfiriendo en la puesta en práctica de las recomendaciones sobre el manejo clínico de los pacientes con DM2.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**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 han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Conflicto de intereses

Los autores agradecen a los médicos participantes su colaboración, a Mylan S.L.U. la financiación del estudio y agradecen a Meisys su contribución en la elaboración del presente manuscrito.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a Mylan S.L.U. la financiación del estudio y agradecen a Meisys su contribución en la elaboración del presente manuscrito.

## Bibliografía

1. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes. Estimates for the 2000 year and projections for 2030. *Diabetes Care*. 2004;27:1047–53.
2. Sorriquer F, Goday A, Bosch-Comas A, Bordiú E, Calle-Pascual A, Carmena R, et al. Prevalence of diabetes mellitus and impaired glucose regulation in Spain: The Di@bet.es study. *Diabetologia*. 2012;55:88–93.
3. Ruiz Ramos M, Escolar-Pujolar A, Mayoral-Sánchez E, Corral-San Laureano F, Fernández-Fernández I. Mellitus diabetes in Spain: Death rates, prevalence, impact, costs and inequalities. *Gac Sanit*. 2006;20:15–24.
4. Struijs JN, Baan CA, Schellevis FG, Westert GP, van den Bos GA. Comorbidity in patients with diabetes mellitus: Impact on medical health care utilization. *BMC Health Serv Res*. 2006;6:84.
5. Gerstein HC, Miller ME, Byington RP, Goff DC Jr, Bigger JT, Buse JB, et al. Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:2545–59.
6. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, Neal B, Billot L, Woodward M, et al. Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2008;358:2560–72.
7. Duckworth W, Abraira C, Moritz T, Reda D, Emanuele N, Reaven PD, et al. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2009;360:129–39.
8. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes—2013. *Diabetes Care*. 2013;36:11–66.
9. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, Diamant M, Ferrannini E, Nauck M, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes: A patient-centered approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care*. 2012;35:1364–79.
10. Alemán JJ, Artola S, Franch J, Mata M, Millaruelo JM, Sangrós J, en nombre de la RedGDPS. Recomendaciones para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2: control glucémico. 2014. Disponible en: <http://www.redgdps.org/>
11. Nauck MA. Incretin-based therapies for type 2 diabetes mellitus: Properties, functions, and clinical implications. *Am J Med*. 2011;124:3–18.
12. Fontecha B, Casanova T, Sánchez P. Dificultades en la clínica para el tratamiento en el anciano con comorbilidad. *Hipertensión (Madr.)*. 2007;24:21–9.
13. Valencia WM, Florez H. Pharmacological treatment of diabetes in older people. *Diabetes Obes Metab*. 2014;16:1192–203.
14. Roccatagliata D, Avanzini F, Monesi L, Caimi V, Lauri D, Longoni P, et al. Is global cardiovascular risk considered in current practice? Treatment and control of hypertension, hyperlipidemia, and diabetes according to patients' risk level. *Vasc Health Risk Manag*. 2006;2:507–14.
15. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lázaro P, et al. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA: RAND; 2001. Disponible en: [https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph\\_reports/2011/MR1269.pdf](https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf)
16. Royle P, Waugh N. Literature searching for clinical and cost-effectiveness studies used in health technology assessment reports carried out for the National Institute for Clinical Excellence appraisal system. *Health Technol Assess*. 2003;7:1–51.
17. Grupo de trabajo sobre GPC. Elaboración de guías de práctica clínica en el Sistema Nacional de Salud. Manual metodológico. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; 2007. Guías de práctica clínica en el SNS: I+CS N.º 2006/01.
18. Campbell SM, Shield T, Rogers A, Gask L. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings? *Qual Saf Health Care*. 2004;13:428–34.
19. Isla P, Castilla E, Insa R, López C, Icart T, Blanco M, et al. Proporción de carga asistencial generada por la diabetes mellitus en las consultas de enfermería de atención primaria de salud. *Endocrinol Nutr*. 2007;54:2–9.
20. Benito 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.
21. Mata-Cases M, Roura-Olmeda P, Berengué-Iglesias M, Birulés-Pons M, Mundet-Tuduri X, Franch-Nadal J, et al. Fifteen years of continuous improvement of quality care of type 2 diabetes mellitus in primary care in Catalonia, Spain. *Int J Clin Pract*. 2012;66:289–98.
22. Rydén L, Grant PJ, Anker SD, Berne C, Cosentino F, Danchin N, et al. ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: the task force on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and developed in collaboration with the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J*. 2013;34:3035–87.
23. Gómez Huelgas R, Díez-Espino J, Formiga F, Lafita Tejedor J, Rodríguez Mañas L, González-Sarmiento E, et al. Tratamiento

- de la diabetes tipo 2 en el paciente anciano. *Med Clin (Barc)*. 2013;140, 134.e1-12.
24. Hermes X. Tratamiento de la hipertensión en los pacientes diabéticos. *Clin Invest Arterioscl*. 2008;20:253-8.
25. Wing RR, Bolin P, Brancati FL, Bray GA, Clark JM, Coday M, et al., Look AHEAD Research Group. Cardiovascular effects of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes. *N Engl J Med*. 2013;369:145-54.