



Barómetro de Riesgo Cardiovascular en la Diabetes Mellitus
tipo 2 en España

Estudio BARORISC

STATISTICAL REPORT

Author:	Francesc Miras
Sponsor:	Fundación REDGDPS
Type of document:	Statistical Report
Version:	Final version 2.1
Date:	17th July 2017
Number of pages:	35

Tabla de contenidos

Tablas, listas y figuras	3
1 Análisis estadístico	5
1.1 Disposición de los sujetos	5
1.2 Características de los sujetos	8
1.3 Comentarios	27

Tablas, listas y figuras

1	Análisis estadístico	5
1.1	Disposición de los sujetos	5
	Tabla 01 – Población de estudio	5
	Tabla 02 - Datos de las encuestas	6
	Tabla 03 – Datos demográficos	7
1.2	Características de los sujetos	8
	Tabla 04 – ¿Cuál crees que es la asociación más potente de estos factores de riesgo con las complicaciones?	8
	Tabla 05 – Datos de la HbA1c	9
	Tabla 06 – Características que te ayudan a fijar el objetivo del control glucémico en la mayoría de tus pacientes con DM2	10
	Tabla 07 – ¿Cuál crees que debería ser el objetivo de control de la presión arterial en la mayoría de pacientes con DM2?	12
	Tabla 08 – ¿Cuál es el primer antihipertensivo que sueles utilizar en el caso de una persona con DM2 que debuta con HTA?	13
	Tabla 09 – ¿Cuál crees que debería ser el objetivo de control del LDL colesterol en la mayoría de tus pacientes con DM2?	14
	Tabla 10 – ¿Cuál es la primera estatina que sueles utilizar en el caso de una persona con DM2 en la que diagnosticas una dislipemia?	15
	Tabla 11 – ¿Crees que infrarregistradas los episodios de hipoglucemias no graves?	16
	Tabla 12 – ¿Dispones de un nutricionista en tu centro?	17
	Tabla 13 – Si con metformina no logras un nivel de control adecuado ¿cuál es el siguiente ADO que añade a su receta?	18
	Tabla 14 – ¿Cuál es el ADO que prefiere conceptualmente?	19
	Tabla 15 – ¿Habitualmente valoras el filtrado glomerular antes de iniciar o mantener un tratamiento hipoglucemiante?	20
	Tabla 16 – ¿Sueles explorar periódicamente en busca de manifestaciones de la enfermedad cardiovascular?	21
	Tabla 17 – En una persona con DM2 sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ¿Sueles dar un AAS preventiva?	22

Tabla 18 – ¿Sueles iniciar tú la insulinización de los pacientes con DM2 cuando crees que está indicada?	23
Tabla 19 – ¿A partir de qué filtrado glomerular sueles remitir a tus pacientes con DM2 al nefrólogo?.....	24
Tabla 20 – La mayoría de las veces derivo a los pacientes al cardiólogo cuando sospecho la posibilidad de que exista una cardiopatía isquémica	25
Tabla 21 – Suelo derivar a mis pacientes al endocrinólogo / medicina interna cuando su HbA1c es superior a.....	26
1.3 Comentarios	27
Listado 01 – Comentarios adicionales	27

1 Análisis estadístico

1.1 Disposición de los sujetos

Tabla 01 – Población de estudio		
Variable		Total
Sujetos válidos	Total	1452 (100,0%)
	Sí	1315 (90,6%)
	No	137 (9,4%)

El presente estudio cuenta con la información aportada por 1452 sujetos a través de una encuesta por internet. Sólo se consideran válidos los sujetos que la cumplimentan.

Tabla 02 - Datos de las encuestas		
Variable		Total
Comunidad autónoma	Total	1315 (100,0%)
	Andalucía	144 (11,0%)
	Aragón	59 (4,5%)
	Canarias	61 (4,6%)
	Cantabria	14 (1,1%)
	Castilla La Mancha	69 (5,2%)
	Castilla y León	65 (4,9%)
	Cataluña	183 (13,9%)
	Ceuta	3 (0,2%)
	Comunidad Valenciana	224 (17,0%)
	Comunidad de Madrid	189 (14,4%)
	Extremadura	27 (2,1%)
	Galicia	88 (6,7%)
	Islas Baleares	21 (1,6%)
	La Rioja	13 (1,0%)
	Melilla	6 (0,5%)
	Murcia	32 (2,4%)
	Navarra	18 (1,4%)
	País Vasco	62 (4,7%)
Principado de Asturias	37 (2,8%)	
Especialidad	Total	1315 (100,0%)
	Atención primaria	1305 (99,2%)
	Otras	10 (0,8%)
<ul style="list-style-type: none"> • Especificar otras 	Total	10 (100,0%)
	Cardiología	1 (10,0%)
	Endocrinología	2 (20,0%)
	Geriatría	1 (10,0%)
	Medicina interna	5 (50,0%)
	Nefrología	1 (10,0%)

Tabla 03 – Datos demográficos		
Variable		Total
Edad (años)	N	1312
	Media (DE)	52,16 (7,75)
	Mediana	55,0
	(P25; P75)	(47,0; 58,0)
	(Mín; Máx)	(29,0; 69,0)
	N missing	3
Sexo	Total	1315 (100,0%)
	Hombre	796 (60,5%)
	Mujer	519 (39,5%)

Las encuestas han sido contestadas por investigadores de todo el ámbito español. En su casi totalidad (99,2%) ha sido contestada por investigadores de atención primaria. La edad de los investigadores en promedio supera ligeramente los 50 años y en general contamos con un porcentaje de hombres (60,5%) algo superior a las mujeres (39,5%).

1.2 Características de los sujetos

Tabla 04 – ¿Cuál crees que es la asociación más potente de estos factores de riesgo con las complicaciones?		
Variable		Total
Infarto de miocardio	Total	1315 (100,0%)
	Glucemia	183 (13,9%)
	Lípidos	838 (63,7%)
	Presión Arterial	294 (22,4%)
Retinopatía	Total	1315 (100,0%)
	Glucemia	982 (74,7%)
	Lípidos	154 (11,7%)
	Presión Arterial	179 (13,6%)
AVC	Total	1315 (100,0%)
	Glucemia	150 (11,4%)
	Lípidos	320 (24,3%)
	Presión Arterial	845 (64,3%)

La información aportada relaciona principalmente a los lípidos con el infarto de miocardio, la glucemia con la retinopatía y la presión arterial con el AVC, aunque la relación más clara es la de la retinopatía con la glucemia.

Tabla 05 – Datos de la HbA1c		
Variable		Total
¿Cuál crees que es la HbA1c media de tus pacientes con DM2?	N	1313
	Media (DE)	7,22 (0,47)
	Mediana	7,2
	(P25; P75)	(7,0; 7,5)
	(Mín; Máx)	(5,0; 9,0)
	N missing	2
¿Cuál crees que es la HbA1c media de tus pacientes con DM2?	N	1313 (100,0%)
	Inferior a 6.5	43 (3,7%)
	Igual o superior a 6.5	1264 (96,7%)
	N missing	2
¿Qué porcentaje de pacientes con DM2 crees que mantienen una HbA1c por debajo del 7%?	N	1313
	Media (DE)	49,33 (20,77)
	Mediana	50,0
	(P25; P75)	(30,0; 65,0)
	(Mín; Máx)	(3,0; 98,0)
	N missing	2

Los valores de la HbA1c en general tienen una concentración muy importante entorno a los valores medios proporcionados por los investigadores. En cuanto al porcentaje de pacientes por encima y por debajo del 7% vemos que está situado justamente en el 50% con lo que parece ser un punto medio perfecto para dividir en dos a la muestra. Para garantizar el buen comportamiento de los datos se muestra el porcentaje de pacientes con valores inferiores a 6.5% y se determina que sólo el 3,7% de los participantes están en dicho grupo. Se omiten dos valores del porcentaje de pacientes (537% y 325%).

Tabla 06 – Características que te ayudan a fijar el objetivo del control glucémico en la mayoría de tus pacientes con DM2		
Variable		Total
Edad	N	1315
	Media (DE)	3,29 (1,79)
	Mediana	3,0
	(P25; P75)	(2,0; 5,0)
	(Mín; Máx)	(1,0; 7,0)
	N missing	0
Género	N	1315
	Media (DE)	6,22 (1,23)
	Mediana	7,0
	(P25; P75)	(6,0; 7,0)
	(Mín; Máx)	(1,0; 7,0)
	N missing	0
Comorbilidades	N	1315
	Media (DE)	2,38 (1,26)
	Mediana	2,0
	(P25; P75)	(1,0; 3,0)
	(Mín; Máx)	(1,0; 7,0)
	N missing	0
Motivación del paciente	N	1315
	Media (DE)	4,37 (1,50)
	Mediana	5,0
	(P25; P75)	(4,0; 5,0)
	(Mín; Máx)	(1,0; 7,0)
	N missing	0

Tabla 06 – Características que te ayudan a fijar el objetivo del control glucémico en la mayoría de tus pacientes con DM2		
Variable		Total
Riesgo de hipoglucemias	N	1315
	Media (DE)	3,12 (1,47)
	Mediana	3,0
	(P25; P75)	(2,0; 4,0)
	(Mín; Máx)	(1,0; 7,0)
	N missing	0
Presencia de complicaciones macrovasculares	N	1315
	Media (DE)	2,80 (1,53)
	Mediana	3,0
	(P25; P75)	(2,0; 4,0)
	(Mín; Máx)	(1,0; 7,0)
	N missing	0
Entorno socio-económico	N	1315
	Media (DE)	5,77 (1,20)
	Mediana	6,0
	(P25; P75)	(5,0; 7,0)
	(Mín; Máx)	(1,0; 7,0)
	N missing	0
Valores establecidos según el orden de importancia descrito 1= más importante, 7=menos importante		

Observando los valores en general vemos que la más importante de todas las características es la presencia de comorbilidades (2,4); seguido de la presencia de complicaciones macrovasculares (2,8); el riesgo de hipoglucemias (3,1) y la edad (3,3). Posteriormente encontramos la motivación del paciente (4,4), el entorno socio-económico (5,8) y el género (6,2).

Tabla 07 – ¿Cuál crees que debería ser el objetivo de control de la presión arterial en la mayoría de pacientes con DM2?		
Variable		Total
PAS (mmHg)	N	1314
	Media (DE)	133,37 (6,51)
	Mediana	135,0
	(P25; P75)	(130,0; 140,0)
	(Mín; Máx)	(110,0; 160,0)
	N missing	1
PAD (mmHg)	N	1314
	Media (DE)	82,17 (5,81)
	Mediana	80,0
	(P25; P75)	(80,0; 85,0)
	(Mín; Máx)	(60,0; 95,0)
	N missing	1
PAD - PAD	N	1315 (100,0%)
	Valores inferiores a140/90	1069 (81,3%)
	Valores de140/90	225 (17,1%)
	Valores superiores a140/90	21 (1,6%)
	N missing	0
PAD - PAD	N	1315 (100,0%)
	Valores inferiores a130/80	233 (17,7%)
	Valores entre 130/80 y 140/90	1061 (80,7%)
	Valores superiores a140/90	21 (1,6%)
	N missing	0

Teniendo en cuenta que en España el promedio de edad de las personas con DM2 es de aproximadamente 69 años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad es de 8-9 años

Los valores de la PAS y la PAD en general tienen una concentración importante entorno a los valores medios proporcionados por los investigadores, lo que significa que en esta ocasión hay un consenso relevante en cuanto a esta cuestión.

Tabla 08 – ¿Cuál es el primer antihipertensivo que sueles utilizar en el caso de una persona con DM2 que debuta con HTA?		
Variable		Total
Primer antihipertensivo	Total	1314 (100,0%)
	Antagonista de los receptores de angiotensina	347 (26,4%)
	Beta bloqueantes	6 (0,5%)
	Bloqueantes canales de calcio	15 (1,1%)
	Diuréticos	22 (1,7%)
	Inhibidores ECA	921 (70,1%)
	Otros	3 (0,2%)
	N missing	1
• Especificar otros	Total	--
	N missing	3

Según la información aportada en general el primer antihipertensivo que se suele utilizar son los inhibidores ECA (70,0%) seguido de los antagonistas de los receptores de angiotensina (26,0%).

En la presente tabla se han imputado al grupo “Antagonista de los receptores de angiotensina” cinco observaciones del grupo “Otros (ARA II)”, se ha imputado una observación al grupo “inhibidores ECA” del grupo “Otros (Combinación IECA + Antagonistas calcio)” y por último se ha pasado a missing una observación del grupo “Otros (Atorvastatina)” por no ser una mediación antihipertensiva.

Tabla 09 – ¿Cuál crees que debería ser el objetivo de control del LDL colesterol en la mayoría de tus pacientes con DM2?		
Variable		Total
LDL (mg/dL)	N	1287
	Media (DE)	96,08 (16,57)
	Mediana	100,0
	(P25; P75)	(90,0; 100,0)
	(Mín; Máx)	(50,0; 150,0)
	N missing	28
LDL (mg/dL)	N	1287 (100,0%)
	Inferior a 100	383 (29,8%)
	Igual a 100	757 (58,8%)
	Superior a 100	147 (11,4%)
	N missing	28
Teniendo en cuenta que en España el promedio de edad de las personas con DM2 es de aproximadamente 69 años y el tiempo medio de evolución de la enfermedad de 8-9 años		

Los valores de la LDL en general tienen una concentración importante entorno a los valores medios proporcionados por los investigadores, aunque en esta ocasión la importancia de la desviación estándar y los valores extremos nos hacen ver que no hay un consenso tan acusado como en cuestiones anteriores, incluso podemos desconfiar de la fiabilidad de esta respuesta.

Tabla 10 – ¿Cuál es la primera estatina que sueles utilizar en el caso de una persona con DM2 en la que diagnosticas una dislipemia?		
Variable		Total
Primera estatina	Total	1315 (100,0%)
	Atorvastatina	592 (45,0%)
	Pitavastatina	55 (4,2%)
	Rosuvastatina	44 (3,3%)
	Simvastatina	624 (47,5%)

Según la información aportada en general la primera estatina que se suele utilizar son la simvastatina (47,5%) y la atorvastatina (45,0%) repartidas casi por igual.

Tabla 11 – ¿Crees que infrarregistradas los episodios de hipoglucemias no graves?		
Variable		Total
¿Crees que infrarregistradas los episodios de hipoglucemias no graves?	Total	1315 (100,0%)
	Si	838 (63,7%)
	No	477 (36,3%)

Según informan los investigadores en un porcentaje muy importante se admite un registro por debajo de lo normal (63,7%) de los episodios de hipoglucemias no graves. Esto sugiere que no se reconoce como algo a tener en cuenta o algo a lo que dar relevancia médica.

Tabla 12 – ¿Dispones de un nutricionista en tu centro?		
Variable		Total
¿Dispones de un nutricionista en tu centro?	Total	1315 (100,0%)
	Si	68 (5,2%)
	No	1247 (94,8%)

Es relevante ver que la presencia de nutricionistas es casi residual (5,2%).

Tabla 13 – Si con metformina no logras un nivel de control adecuado ¿cuál es el siguiente ADO que añade a su receta?		
Variable		Total
Siguiete ADO a la metformina	Total	1315 (100,0%)
	GLP1	57 (4,3%)
	Glinidas	27 (2,1%)
	Glitazonas	11 (0,8%)
	Sulfonilureas	127 (9,7%)
	iDPPP4	1078 (82,0%)
	iSGLT2	15 (1,1%)

Según las respuestas, en general (82,0%), el siguiete ADO a la metformina es el iDPPP4.

Tabla 14 – ¿Cuál es el ADO que prefiere conceptualmente?		
Variable		Total
ADO preferido conceptualmente	Total	1315 (100,0%)
	Acarbosa	3 (0,2%)
	GLP1	89 (6,8%)
	Glinidas	44 (3,3%)
	Glitazonas	26 (2,0%)
	Sulfonilureas	74 (5,6%)
	iDPPP4	1024 (77,9%)
	iSGLT2	55 (4,2%)

En consecuencia a la pregunta anterior casi el global de los encuestados refiere al iDPPP4 como el ADO preferido conceptualmente. El porcentaje es algo menor en cuanto a preferencia que a uso, lo que indica que hay un pequeño porcentaje que aunque no lo vea como preferido opta por usarlo por delante de otras opciones. Paso algo parecido con la sulfonilureas, tienen una preferencia inferior al uso (5,6% vs 9,7%) y justo al contrario puede observarse que en cuanto a la iSGLT2 tiene una preferencia (4,2% vs 1,1%) más elevada que el uso que se declara, es decir, aunque algunos investigadores lo prefieran respecto a otras opciones en el momento de usarlo prefieren esas otras opciones. Dicho lo cual hay que destacar que todas estas diferencias porcentuales son relativamente anecdóticas.

Tabla 15 – ¿Habitualmente valoras el filtrado glomerular antes de iniciar o mantener un tratamiento hipoglucemiante?		
Variable		Total
Valoración previa del filtrado glomerular	Total	1315 (100,0%)
	Sí	1230 (93,5%)
	No	85 (6,5%)

Según las respuestas, en general (93,5%), se hace una valoración previa del filtrado glomerular antes de iniciar o decidir mantener un tratamiento hipoglucemiante.

Tabla 16 – ¿Sueles explorar periódicamente en busca de manifestaciones de la enfermedad cardiovascular?

Variable		Total
Exploraciones periódicas de manifestaciones de enfermedad cardiovascular	Total	1315 (100,0%)
	Sí	1234 (93,8%)
	No	81 (6,2%)

Según las respuestas, en general (93,8%), se hacen exploraciones periódicas en busca de manifestaciones de la enfermedad cardiovascular.

Tabla 17 – En una persona con DM2 sin antecedentes de enfermedad cardiovascular ¿Sueles dar un AAS preventiva?		
Variable		Total
Uso de AAS preventiva	Total	1315 (100,0%)
	Sí	348 (26,5%)
	No	967 (73,5%)

No parece, según las respuestas, que en general (73,5%), se usen el AAS de forma preventiva en pacientes con DM2.

Tabla 18 – ¿Sueles iniciar tú la insulinización de los pacientes con DM2 cuando crees que está indicada?

Variable		Total
Iniciación propia de insulinización	Total	1314 (100,0%)
	Sí	1208 (91,9%)
	No	106 (8,1%)
	N missing	1

Según las respuestas, en general (91,9%), el investigador declara ser el mismo el que inicia la insulinización de los pacientes con DM2 cuando creen que está indicada.

Tabla 19 – ¿A partir de qué filtrado glomerular sueles remitir a tus pacientes con DM2 al nefrólogo?		
Variable		Total
Filtrado glomerular (ml/min/1.73m ²)	N	1314
	Media (DE)	40,44 (15,78)
	Mediana	40,0
	(P25; P75)	(30,0; 50,0)
	(Mín; Máx)	(0,4; 185,0)
	N missing	1
Filtrado glomerular (ml/min/1.73m ²)	N	1314 (100,0%)
	G1	24 (1,8%)
	G2	71 (5,4%)
	G3a	728 (55,4%)
	G3b	296 (22,5%)
	G4	177 (13,5%)
	G5	18 (1,4%)
	N missing	1

Los valores del Filtrado glomerular en general tienen una concentración importante entorno a los valores medios proporcionados por los investigadores, aunque en esta ocasión la importancia de la desviación estándar y los valores extremos nos hacen ver que la dispersión tanto por debajo como por arriba, una vez se abandona la zona neutral de consenso, es muy acusada, deberíamos desconfiar de la fiabilidad de esta respuesta, la base de datos presenta 11 valores por encima del 90 y 24 por debajo del 3, luego un salto entre el 3 y el 15.

Tabla 2. Clasificación en grados de la enfermedad renal crónica

La clasificación de la ERC se basa en la causa^a y en las categorías del FG y de la albuminuria

Categorías del FG		
Categoría	FG^b	Descripción
G1	≥ 90	Normal o elevado
G2	60-89	Ligeramente disminuido
G3a	45-59	Ligera a moderadamente disminuido
G3b	30-44	Moderada a gravemente disminuido
G4	15-29	Gravemente disminuido
G5	< 15	Fallo renal

Tabla 20 – La mayoría de las veces derivo a los pacientes al cardiólogo cuando sospecho la posibilidad de que exista una cardiopatía isquémica

Variable		Total
Derivación al cardiólogo	Total	1314 (100,0%)
	Si	1236 (94,1%)
	No	78 (5,9%)
	N missing	1

Según las respuestas, en general (94,1%), el investigador deriva los pacientes al cardiólogo cuando hay sospecha de la existencia de una cardiopatía isquémica.

Tabla 21 – Suelo derivar a mis pacientes al endocrinólogo / medicina interna cuando su HbA1c es superior a		
Variable		Total
HbA1c (%)	N	1188
	Media (DE)	10,17 (1,60)
	Mediana	10,0
	(P25; P75)	(9,0; 11,0)
	(Mín; Máx)	(7,0; 20,0)
	N missing	127

Los valores de la HbA1c en general tienen una concentración importante entorno a los valores medios proporcionados por los investigadores, aunque por la importante magnitud de la desviación estándar y los valores extremos se puede ver que la dispersión es muy acusada. Deberíamos desconfiar de la fiabilidad de esta respuesta, la base de datos presenta un salto que va del valor 20 al 71 y por encima del 71 hay 106 pacientes. Se omiten los valores de dos pacientes (102% y 105%)

1.3 Comentarios

Listado 01 – Comentarios adicionales
"CARACTERISTICAS QUE AYUDAN A FIJAR EL OBJETIVO DEL CONTROL GLUCÉMICO": LA CLASIFICACIÓN FUERZA A ELEGIR UNA GRADUACIÓN EN LA QUE VARIAS CARACTERÍSTICAS COMPARTEN UN
A LA PREGUNTA DE QUE CUÁL ES EL ADO QUE PREFIERO CONCEPTUALMENTE NO APARECE LA METFORMINA ES UN ERROR? PORQUE YO ES LA QUE PREFIERO
A LA ULTIMA PREGUNTA POR NO CONTROL TRAS TTO O MALA CUMPLIMENTACION DEL TTO POR DISTINTOS FACTORES
A PARTIR DE AHORA TENDRÉ EN CUENTA LOS TTOS CON ISGLT2 EN FUNCIÓN DE LOS NUEVOS ESTUDIOS EN MARCHA
A PROPÓSITO DE LA ÚLTIMA PREGUNTA NO DERIVO A ENDOCRINOLOGÍA O MEDICINA INTERNA PACIENTES CON DM2 POR CRITERIOS DE HBA1C DERIVO EN FUNCIÓN DE COMORBILIDADES QUE PUEDAN REQUERIR TÉCNICAS ESPECIALES QUE ESTÉN AL ALCANCE DE AP
AL CARDIO SE DERIVA PARA PRUEBAS QUE NO DISPONGO EN PRIMARIA NO PARA CONTROL DE DIABETES
AL NEFRÓLOGO REMITO A LOS PACIENTES NO SÓLO DEPENDIENDO DEL FG SINO TAMBIÉN DE LA EDAD
ALGUNAS DE LAS RESPUESTAS ESTÁN EN RELACIÓN CON EL TIPO DE POBLACIÓN QUE ATIENDO CON MÁS 300 PERSONAS POR ENCIMA DE 80 AÑOS Y MÁS DE 30 POR ENCIMA DE LOS 90 AÑOS DE AQUI LA ACTITUD MÁS CONSERVADORA A LA HORA DE PLANTEARSE OBJETIVOS DE BUEN CONTROL O DERIV
ALGUNAS PREGUNTAS PRECISARÍAN DE MAS CONCRECIÓN O ALTERNATIVAS DE RESPUESTAS COMO ' DEPENDE'
ANUALMENTE: ANALÍTICA COMPLETA ECG RETINOGRAFIA PESO PERÍMETRO ABDOMINAL EXPLORACION DE PIE DIABÉTIC
AÑADO ASS SEGUN COMORBILIDAD Y EDAD DE L PACIENTEY CONTROL GLUCEMICO
BIGUANIDAS?? ES EL PRIMER ADO QUE USO EN EL TATO SALVO EXCEPCIONES
CADA 3 MESES: DETERMINACIÓN DE GLU HBA1C CRE LDL COL Y AMPA
CON REFERENCIA AL ADO PREFIERO SIEMPRE EN FUNCION DE LA SITUACION CLINICA DEL PCTE CONFÍO EN HABER ENTENDIDO LA 1ª PRE
DEPENDE DE LA EDAD DEL PACIENTE Y DE SU COMORBILIDAD
DEPENDE DEL PESO EDAD FGUNCION RENAL RIESGO DE HIPOGLUCEMIAS ETC
DERIVO A ENDOCRINO A PACIENTES MUY INCUMPLIDORES LOS QUE NO RECONOCEN O TIENEN IMPACTO DE SU ENFERMEDAD Y AQUELLOS QUE LO DESEAN INDEPENDIENTEMENTE DE SU HBA1C
DERIVO A ENDOCRINO CUANDO NO SOY CAPAZ CONTROLAR AL PACIENTE O DUDO SI ES UN LADA INDEPENDIENTEMENTE HBA1C DE LA QUE PARTO
DERIVO A ENDOCRINO SI NO CONSIGO OBJETIVOS DE GLICADA ADECUADOS NO NECESARIAMENTE PORQUE ME APAREZCA UNA GLICADA DE 12 DERIVO
DERIVO A ENDOCRINOLOGÍA PACIENTES CON MALA RESPUESTA AL TRATAMIENTO Y EN LOS QUE ES DIFÍCIL ALCANZAR OBJETIVOS DE CONTROL
DERIVO A ENDOCRINOLOGIA SI HAY MAL CONTROL METABOLICO SIN CAUSA JUSTIFICADA
DERIVO A ENDOCRINOLOGÍA VIA MAIL SÓLO EN CASA DE NO RESPUESTA A TTO UNA VE INDICACO O

Listado 01 – Comentarios adicionales
EN CASO DE DESCOMPENSACIÓN O DEBUT SINTOMÁTICO SE REMITE AL PACIENTE AL HOSPITAL EN OTROS CASOS AUNQUE ESTÉ CON GLICADAS ELEVADAS SOLEMOS INICAR TTO AMBULATORIO
DERIVO A LOS PACIENTES AL ENDOCRINO CUANDO NO CONSIGUEN LAS CIFRAS DE GLICADA ÓPTIMAS CON EL TRATAMIENTO Y DICEN QUE CUMPLEN DIETA
DERIVO A LOS PACIENTES AL ENDOCRINO NO EN FUNCION DE LAS CIFRAS DE HBA1C SINO EN FUNCION DE LAS CARACTERISTICAS DEL PACIENTE CO MORBILIDADES NO CUMPLIMIENTO DE OBJETIVO DE CONTROL CON DOSIS ALTAS DE INSULINA
DERIVO A LOS PACIENTES CUANDO LA HB A1C ES MAYOR DE 10 Y YO NO CONSIGO SU CONTROL A PESAR DELCAMBIO DEL TRATAMIENTO Y EL PACIENTE NO COLABORA CONCAMBIOS EN SU ESTILO DE VIDA
DERIVO A MIS PACIENTES AL ESPECIALISTA DEPENDIENDO DE LAS COMPLICACIONES QUE PRESENTEN
DERIVO AL ENDOCRINO MAS SEGUN MOTIVACION DEL PACIENTE QUE POR UN MAL CONTROL DE SU DIABETES
DERIVO AL ENDOCRINO PACIENTES CON DM TIPO 1 Y AQUELLOS CON DM2 SI OBESIDAD GLUCEMIAS ELEVADAS Y GLICADAS >85% EN TRATAMIENTO CON INSULINA Y EN LOS QUE SOSPECHO INCUMPLIMIENTO TERAPEÚTICO O RESISTENCIA AL ADELGAZAMIENTO
DERIVO AL ENDOCRINOEN AQUELLOS REFRACTARIOS O QUE NECESITAN ALTAS DOSIS DE INSULINA Y NO TIENEN BUEN CONTROL METABÓLICO(HBGLICOSILADA >9)
DERIVO AL ENDOCRINO EN FUNCION DE LA CIFRA DE GLICADASINO EN FUNCION DEL GRADO DE COMPLEJIDAD DEL PACIENTE Y SI NECESITO REFUERZO PARA AUMENTAR LA ADHERENCIA
DERIVO AL ESPECIALISTA CUANDO NO PUEDO CONTROLAR AL PACIENTE INDEPENDIEMENTE DEL VALOR DE HBA1C
DERIVO AL NEFRÓLOGO EN FUNCIÓN DEL FG PERO TAMBIÉN TENIENDO EN CUENTA COMORBILIDADES
DIFICULTADES PARA EL CONTROL
ECHO DE MENOS ALGO RELATIVO A LA OBESIDAD Y EL TABACO FACTORES DE RIESGO MUY RELEVANTES EN EL DIABÉTICO
EL 2º ADO QUE UTILIZO DEPENDE TAMBIEN DE LA EDAD DEL RIESGO DE HPOGLUCEMIAS DE LA PRESENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL OBESIDAD U OTRAS CARATERISTICAS
EL ADO DE ELECCION TRAS MF NO SIEMPRE ES IDPP4 AUNQUE SI EL QUE CON MÁS FRECUENCIA UTILIZO
EL ADO QUE PREFIERO ES METFORMINA (BIGUANIDAS) SEL 2º IDPP4
EL CONTROL HABITUAL DE MIS PACIENTES ES:
EL CRITERIO DE DERIVACIÓN NEFRÓLOGO/ ENDOCRINO QUE UTILIZO NO DEPENDE SÓLO DE UN VALOR NUMÉRICO TENGO EN CUENTA OTROS FACTORES COMO LA EDAD LAS COMORBILIDADES EL RIESGO DE COMPLICACIONES LA FALTA DE MOTIVACIÓN O LAS RETICENCIAS DEL PACIENTE ANTE EL TRATAM
EL NIVEL DE FG PARA DERIVAR A NEFRO DEPENDE MUCHO DE LA EDAD DEL PACEINTE VELOCIDAD DE DISMINUCIÓN DEL FG TENEMOS BASTANTES PROBLEMAS PARA QUE
EL NIVEL DE GLICADA A PARTIR DEL QUE DERIVAR A ENDOCRINO DEPENDE DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS EDAD DEL PACIENTE
EL OBJETIVO DE CLDL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR < 70
EL OBJETIVO DE CONTROL GLUCEMICO SEGUN CARACTERISTICAS VALORARLO CORRELATIVAMENTE DE 1 A 7 ES ALEATORIO
EL OBJETIVO DE TENSION ARTERIAL EN PACIENTES JÓVENES O NEFROPATIA < 130/80
EL SEGUNDO ADO DEPENDE DE MUCHAS CONDICIONES DEL PACIENTE
EL SEGUNDO ADO LO SUELO ESCOGER EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE (EDAD

Listado 01 – Comentarios adicionales
COMORBILIDADES) Y OBJETIVO A CONSEGUIR
EL TRATAMIENTO CON AAS LO INICIO TENIENDO EN CUENTA LOS AÑOS DE EVOLUCION DE LA DM Y DE FRCV EXISTENTES
EL TRATAMIENTO DE ADO DEPENDE MUCHO DE LAS VARIABLES DE CADA PACIENTE PUSE LOS GLUCOSURICOS POR SE UNA TERAPIA INTERESANTE POR SUS BUENOS RESULTADOS DE PESO P TA Y GLICADA APARTE DE LOS RESULTADOS DEL EMPA REG PRÁCTICAMENTE NO DERIVO A ENDOCRINO SOLO LO
EL TRATAMIENTO DE INICIO Y DE CONTINUACIÓN DEBE SER INDIVIDUALIZADO: SI METFORMINA NO CONTROLA NO SIEMPRE SE ASOCIA IDPP4
EN CUANDTO AL TRATAMIENTO CON ADO TRAS LA METFORMINA DEPENDE DE LAS CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE OBESIDAD CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICA
EN CUANTO A DERIVACION A ENDOCRINOLOGIA/MED INTERNA MAS QUE UNA CIFRA DE HBA1C CUANDO SE ASOCIAN COM
EN CUANTO A DERIVACION A NEFROLOGIA CON FILTRADOS GLOMERULARES <45 PERO SOBRE TODO CUANDO TIENEN MICROALBUMINURIA (IRC CON RIESGO DE PROGRESION MOD ALTO)
EN EL PACIENTE DM 2 VALORAS TODOS LOS FRCV EN CONJUNTO NO SIENDO TAN AGRESIVO EN HBA1C<7% EN MAYORES COMORBILIDADES NI EN DERIVACIONES A NEFROLOGIA(MAYORES DE 80 AÑOS SON PROGRESION DE IRC) O ENDOCRINOLOGIA
EN LA DERIVACIÓN DEL PACIENTE DIABÉTICO AL ENDOCRINÓLOGO TENGO EN CUENTA NO SÓLO LA CIFRA DE HBA1C TENGO MUY EN CUENTA EDAD COMPLICACIONES Y TRATAMIENTOS ADMINISTRADOS YFRACASOS TERAPÉUTICOS
EN LA MAYORIA DE LOS CASOS MENCIONADOS REPITO ANALITICA ANTES DE DERIVAR AL PACIENTE AL ESPECIALISTA
EN LA PREGUNTA ¿CUAL ES EL ADO QUE PREFIERE CONCEPTUALMENTE? ECHO EN FALTA LA RESPUESTA BIGUANIDA(METFORMINA)PORQUE DE HABER ESTADO ESTA RESPUESTA ES LO QUE HUBIERA CONTESTADO
EN LA PREGUNTA DEL FILTRADO DEPENDE SI ADEMÁS DEL FILTRADO HAY O NO PROTEINURIA
EN LA PRIMERA PREGUNTA NO QUEDA CLARO LA FORMA DE RESPUESTA YO ASOCIO LÍPIDOS A IAM PRESIÓN ARTERIAL A AVC Y GLUCEMIA A RETINOPATÍA
EN LA ÚLTIMA PREGUNTA DEPENDE DE LAS OPCIONES TERAPÉUTICAS USADAS Y DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN CON MAL CONTROL
EN LOS ÚLTIMOS MESES TAMBIÉN SUELO PONER COMO 2º ESCALÓN TRAS LA METFORMINA ISLGT2 PRINCIPALMENTE SI SE ASOCIA A OBESIDAD
EN MI CS TENGO LA POSIBILIDAD DE COMBINAR ENDOCRINO VIRTUAL PARA CONSULTAR DUDASEN MI CASO RARAMENTE LOS VE EN PERSONAYA QUE SI TGO DUDAS LAS PREGUNTO YO MISMA
EN NUESTRO CENTRO NO DISPONEMOS DE FILTRADO GLOMERULAR
EN REALIDAD SI SOSPECHO DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA YA SEA POR CLÍNICA O POR ALTERACIONES EN ECG SOLICITO YO ERGOMETRÍA Y ECOCARDIO Y EN BASE A RESULTADOS INICIO TRATAMIENTO Y DERIVO CARDIOLOGÍA LO REFERENTE A FILTRADO GLOMERULAR DEPENDE MUCHO DE SU EVOLUCIÓN
EN UN DIAGNÓSTICO PRIMARIO SUELO INICIAR TRATAMIENTO Y ESPERAR RESPUESTA EN 3 MESES TRATO DE SER YO EL QUE CONTROLA A LOS PACIENTES DERIVÓ CUANDO NO CONSIGO UNA BUENA RESPUESTA AL TRATAMIENTO PAUTADO
ENCUESTA SENCILLA Y FÁCIL INTERESANTE EN SUS PREGUNTAS ME AGRADARIA CONOCER RESULTADOS
ES IMPORTANTE LA COMODIDAD EN LA POSOLOGIA DEL TRTO
ES MUY IMPORTANTE SABER TRATAR LA DIABETES EN SUS DIFERENTES FORMAS ES LA FORMA MAS RENTABLE QUE TENEMOS DE PREVENIR OTROS EVENTOS MALIGNOS
ES UNA VALORACIÓN INDIVIDUAL DEPENDE ESTADO DEL PACIENTE ESPERANZA DE VIDA PESO DEL

Listado 01 – Comentarios adicionales
PACIENTE
EVIDENTEMENTE DERIVO ANTE ESA HBA1C EN CASO DE FALTA DE TRATAMIENTO ADO Y/O INSULÍNICO POR MI PARTE
GENERALMENTE LOS DIABETICOS LOS TRATO YO INCLUIDO LOS QUE NEESITAN INSULINA SOLO REMITO A ENDOCRINO SI MALA RESPUESTA LOS MENOS
GRACIAS
GRACIAS
GRACIAS POR PODER PARTICIPAR EN LA ENCUESTA
HAGO ESTA ACLARAC
HAY ALGUNAS PREGUNTAS QUE TIENEN RESPUESTAS QUE NO SE AJUSTAN A LOS ESCENARIOS CLÍNICOS:
HAY PREGUNTAS QUE SON ALGO AMBIGUASNO REFLEJAN EDADES Y CONDICIONES DE COMORBILIDADES Y LAS RESPUESTASCOMO DICEN LOS GALLEGOSQUE A DEPENDEN
HE CONTESTADO IDPP4 TANTO EN EL 2º FÁRMACO A USAR COMO EN LAS PREFERENCIAS PERO NO ES REAL INTENTO AJUSTARME AL PERFIL DEL PACIENTE PARA DECIDIR POR LO TANTO LA CONTESTACIÓN REAL HABRÍA SIDO "DEPENDEN"
HE PUESTO 20 PORQUE POR PROPIA VOLUNTAD NO DERIVO EL PACIENTE DIABETICO EXCEPTO QUE SEA EL PROPIO PACIENTE QUIEN LO EXIGA
INDIVIDUALIZO EL TRATAMIENTO DE TODOS MIS PACIENTES DIABÉTICOS Y REMITO A MEDICINA INTERNA O A ENDOCRINOLOGÍA SI PERSISTE UN MAL CONTROL DE LA DM A PESAR DE REALIZAR UN TRATAMIENTO ADECUADO (HASTA TRIPLE TERAPIA) Y DE CUMPLIR EL PACIENTE CON LAS MEDIDAS H
INDIVIDUALIZO MUCHO EL TRATAMIENTO SEGÚN PACIENTE Y LOS AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA DM ESTABLECIDA
INICIO AAS PREVENTIVO CUANDO ADEMÁS DE LA DM ASOCIA ALGÚN OTRO FACTOR DE RIESGO
INSISTO EN LA IMPORTANCIA MOTIVACIONAL DEL PACIENTE Y EXPLICO LAS CARACTERISTICAS DE LA ENFERMEDAD EN CUANTO A SU PROPIA DIFICULTAD DE CONTROL SUS COMPLICACIONES Y EN LA INTERACCION CON MI RELACION MEDICO PACIENTE Y SU LUCHA CONTINUA DE CONTROL EN LOS DI
LA AAS PREVENTIVA SIN FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR NO LA SUELO PRESCRIBIR EN PACIENTES JOVENES
LA CIFRA DE HBA1C QUE HE PUESTO COMO MOTIVO DE DERIVACION AL ENDOCRINO NO ES CIERTA YA QUE NO DERIVO EXCLUSIVAMENTE DEPENDIENDO DEL VALOR DE HBA1C
LA COMBINACIÓN DE METFORMINA CON IDPP4
LA DECISIÓN DE REMITIRLO AL ENDOCRINO NO DEPENDE SÓLO DE LA GLICADA TAMBIÉN DE LOS TRATAMIENTOS PREVIOS DEL PACIENTE
LA DERIVACIÓN A ENDOCRINO NO DEPENDE DEL VALOR DE LA HBA1C
LA DERIVACIÓN A ENDOCRINO NO ES EN FUNCIÓN DE LA HBA1C SINO DE LA DIFICULTAD DE CONTROLAR AL PACIENTE Y LA MOTIVACIÓN A MODIFICAR LOS HÁBITOS DE VIDA DEL PACIENTE
LA DERIVACION A ENDOCRINO NO ESTÉ EN FUNCIÓN DE LA HBA1C
LA DERIVACIÓN A ENDOCRINO NO LA HAGO EN FUNCIÓN DEL NIVEL DE GLICADA SINO EN EL HECHO DE QUE EXISTA ALGUNA COMPLICACIÓN IMPORTANTE EN EL MANEJO DE LA DM
LA DERIVACION A ENDOCRINO NO SE BASA SOLO EN LA A1C
LA DERIVACIÓN A ENDOCRINOLOGÍA NO SOLO DEPENDE DE LA HBA1C SI NO DEL TRATAMIENTO QUE TIENE Y NO RESPONDE A LAS COMBINACIONES DE ADOS E INSULINA BASAL Y MEZCLAS
LA DERIVACIÓN A LOS ESPECIALISTAS NO DEPENDE DE LAS CIFRAS SINO DE LAS COMPLICACIONES TANTO MACROVASCULARES COMO MICROVASCULARES
LA DERIVACION A NEFRO DEPENDE MUCHO DE LA EDAD DEL PACIENTE
LA DERIVACIÓN A NEFROLOGIA TAMBIÉN DEPENDE DE LA

Listado 01 – Comentarios adicionales
LA DERIVACIÓN AL ENDOCRINO NO SUELE DEPENDER EXCLUSIVAMENTE DE LA CIFRA DE HBA1C
LA DERIVACIÓN AL ENDOCRINÓLOGO LA REALIZO SI SON PACIENTES QUE MANTIENEN HBA1C MUY ALTAS MANTENIDAS EN EL TIEMPO Y QUE A PESAR DE USAR VARIOS FÁRMACOS NO MEJORAN PACIENTES MAL CUMPLIDORES O CON COMPLICACIONES
LA DERIVACION AL ENDOCRINOLOGO NO VIENE TANTO POPR EL VALOR ESTRICTO DE LA HEMOGLOBINA GLICADA SINO POR EL FRACASODE LOS TRATAMIENTOS
LA DERIVACIÓN AL NEFRÓLOGO DEPENDE DE UN PROTOCOLO CONSENSUADO EN NUESTRO DEPARTAMENTO LA RESPUESTA A LA PREGUNTA SOBRE LA DERIVACIÓN A NEFROLOGÍA ES DEL TODO INEXACTA
LA DERIVACIÓN NO DEPENDE DE LA HB GLICOSILADA SINO DE LA DIFICULTAD DE MANEJO O FALTA DE RESPUESTA AL TRATAMIENTO
LA DERIVACIÓN NO SÓLO DEPENDE DE LA HBA1C SINO DE LA SOSPECHA DE COMORBILIDAD ENDOCRINOLÓGICA Y RESISTENCIA AL CONTROL POR MI PARTE TRAS 3 6 MESES DE TRATAMIENTO POR MI PARTE
LA DIABETES MELLITUS ES UN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD MÁS FRECUENTES DE MI CONSULTA LA TENDENCIA AL CONTROL GLUCEMIA SE TORNA DIFÍCIL EN PACIENTES ADULTOS (ANCIANOS) EL USO DE ADO AUNQUE NOS AYUDA MUCHO VEMOS UNA TENDENCIA A FINALMENTE A TENER LLEGAR A LA
LA DIFILCULTAD DE ABORDAJE DEL ESTILO DE VIDA:NUTRICION EJERCICIOMOTIVACION Y RESPONSABILIDAD MUTUA
LA DM ES UN TRANSTORNO QUE FUNDAMENTALMENTE DEBE SER SEGUIDO Y TRATADO EN AP
LA HB GLICADA NO ES UN CRITERIO PARA DERIVAR A MED INTERNA O ENDOCRINO
LA MAYORÍA DE LAS RESPUESTAS SON DIFERENTES SEGÚN EDAD DEL PACIENTE
LA MAYORÍA DE MIS PACIENTES DIABÉTICOS SON ANCIANOS Y POR ESO LA HB GLICADA SE ACONSEJA EN CIFRAS ALGO MAYORES DE 7PRECISAMENTE C POR ALTO RIESGO DE HIPOGLUCEMIAS EN PACIENTES QUE VIVEN SOLOS Y MALA SITUACIÓN ECONOMICA
LA PREGUNNTA DE OBJETIVO LDL TIENE ERROR
LA PREGUNTA 4 NO ME PARECE QUE ESTÉ BIEN PLANTEADA PUES HAY RESPUESTAS QUE PUEDEN TENER LA MISMA IMPORTANCIA
LA PREGUNTA DE DERIVACIÓN A ENDOCRINOLOGÍA EN RELACIÓN CON HB GLICADA NO LA VEO CLARA DEPENDE DE SI HE VALORADO O NO OTRAS OPCIONES TERAPÉUTICAS POR LO QUE MI RESPUESTA ES APROXIMADA GRACIAS
LA PRIMERA ESTATINA UTILIZADA EN DM2 PUEDE ESTAR EN FUNCIÓN DE LA CIFRA INICIAL DE LDL
LA REMISIÓN A NEFROLOGÍA CON FILTRADO DE < 30 ES PROTOCOLO DEL SERVICIO DE NEFRO
LA REMISION AL NEFRÓLOGO LA REALIZO SIEMPRE CUANDO EL FG ES MENOR DE 60 Y HAY MICRO O MACROPROTEINURIA
LA RESPUESTA AL FILTRADO GLOMERULAR A PARTIR DEL CUAL DERIVO A NEFROLOGIA DEPENDE DE LA EDAD DEL PACIENTE
LA ÚLTIMA PREGUNTA ESTÁ MAL PLANTEADA PUES LA DECISIÓN DE DERIVACIÓN A ENDOCRINOLOGÍA RARA VEZ SE DECIDE POR LAS CIFRAS DE HBA1C POR ESO HE PUESTO UNA CIFRA TAN ELEVADA
LA VALORACIÓN DEL FILTRADO GLOMERULAR /REMITIR AL NEFRÓLOGO DEPENDE MUCHO DE LA EDAD DEL DIABÉTICO
LAS 2 ULTIMA RESPUESTAS QUIZÁS NO SEAN VALORABLES PUÉS LA DERIVACION LA HAGO TENIENDO EN CUENTA OSTROS ASPECTOS DEL PACIENTE(EDAD TTO COMORBILIDADES)
LAS CIFRAS DE FGE Y HBA1C PARA HACER INTERCONSULTA SON RELATIVAS DEPENDE DE OTROS PARAMETROS Y CONDICIONES
LAS DERIVACIONES A ENDOCRINO NO LAS HAGO POR UN SOLO MOTIVO COMO LA CIFRA CIFRA DE

Listado 01 – Comentarios adicionales
HBA1C
LAS DERIVACIONES A ENDOCRINOM LAS REALIZO EN PACIENTES INSULINIZADOS CON MAL CONTROL METABÓLICO GLUCÉMICO ALOS DIABÉTICOS CON ALTO RIESGO VASCULAR LES PRESCRIBO ANTIAGREGANTES EN DIABÉTICOS TIPO 2 CON OBESIDAD GRADO 2 INTENTO PRESCRIBIR UN ANALOGO DE GLP1
LAS DERIVACIONES NO LAS BASO EN LAS CIFRAS ANALITICAS MAS BIEN EN UN CONJUNTO DE SITUACIONES CLINICAS DEL PACIENTE
LAS DIABETES TIPO 2 LAS LLEVAMOS LOS MÉDICOS DE FAMILIA
LAS PREGUNTAS SON MUY RELATIVAS EN CASO DE ANCIANOS ACEPTO UNA A1 MAS ELEVADA MI ADO DE ELECCIÓN ES LA METFORMINA SI NO EXISTE ERC LAS VISITAS AL ESPECIALISTA VAN ACOMPAÑADAS DE DX YA HECHO EL ENDOCRINO ES UN APOYO EN CASO DE TTO CON 2 INSULINAS AL NEFR
LAS RESPUESTAS SON RELATIVAS PORQUE TAMBIEN DEPENDEN DE OTROS PARAMETROS
LDL OBJETIVO 70 100 (<70 EN PREVENC 2º O ASOC OTROS FRCV LOD)
LO DEL NEFROLOGO ES DISCUTIBLE SI PIENSO Q SE BENEFICIAN DE TTO ANEMIA LO DERIVO ANTESO Q TIENEN SED
LOS CASOS REFRACTARIOS A TRATAMIENTO POR LO GENERAL DESPUÉS
LOS DATOS REGISTRADOS SON APROXIMADOS VARÍAN EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES DE CADA PACIENTE
MAS QUE NUMEROS (DE GLICADA TA LIPIDOS) HAY QUE REALIZAR UNA DECISION TERAPEUTICA EN CONTEXTO GLOBAL DEL PACIENTE (CALIDAD DE VIDA EXPECTATIVAS DE LA MISMA COMORBILIDADES)
ME GUSTARÍA QUE DE ALGUNA MANERA ALGUNA SOCIEDAD CIENTÍFICA COMO LA REDGDPS MEDIARA ENTRE LAS DISTINTAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS PARA CONSEGUIR UN AUTÉNTICO CONSENSO DE EVALUACIÓN Y CONTROL DE LOS DIABÉTICOS ESPAÑOLES
ME HA PARECIDO MUY INTERESANTE
MI ADO DE ELECCIÓN SON LAS BIGUANIDAS (METFORMINA); DERIVO AL ENDOCRINO CON HBAIC MAS BAJAS DE 9 SI EL PACIENTE NO PRESENTA BUENOS CONTROLES CON TTO ADECUADOR Y SU CUMPLE LA DIETA Y EJERCICIO
MI CRITERIO PARA DERIVAR AL ENDOCRINÓLOGO NO ES UN NIVEL DE HBA1C SINO LA IMPOSIBILIDAD PARA CONTROLARLO ADECUADAMENTE CON LOS FÁRMACOS QUE PUEDO MANEJAR
MUCHAS RESPUESTAS PUEDEN SER DIFERENTES DEPENDIENDO DE CLÍNICA PACIENTE ANALÍTICA SI TIENE OBESIDAD LA EDAD Y FRAGILIDAD DEL PACIENTE ES IMPORTANTE SE PUEDE MANDAR A UN ENDOCRINO CON GLICOSILADA ELEVADA O SI ES TIPO 1 DEPENDIENDO DEL TTO QUE YA TENGA PUES
NINGUNO
NO
NO DERIVO A ENDOCRINO LOS PACIENTES CON DM TIPO 2
NO DERIVO A ENDOCRINO POR NIVEL DE GLICOSILADA
NO DERIVO A MIS PACIENTES A ENDOCRINOLOGIA CON DM TIPO 2
NO DERIVO A MIS PACIENTES CON DM2 AL ENDOCRINÓLOGO
NO DERIVO AL ENDOCRINO O MI SI LA HB ES SUPERIOR A UNA CIFRA CONCRETA; DEPENDE D
NO DERIVO AL PACIENTE AL ENDOCRINO O MEDICINA INTERNA POR LA HBA1C
NO DERIVO NUNCA A LOS DIABTICOS TIPO II JA QUE ME SE MANEJAR CON LA MEDICACION ORAL Y LAS INSULINAS
NO SUELO DERIVAR A ENDOCRINO A MIS PACIENTES LOS PACIENTES CON DIABETES 2 SON DE ATENCIÓN PRIMARIA
NO SUELO DERIVAR A ENDOCRINO LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIPO2 NO INSULINIZADOS

Listado 01 – Comentarios adicionales
NO SUELO DERIVAR A ENDOCRINO/MI POR CIFRAS DE GLICADA SI NO POR CIRCUNSTANCIAS ADVERSAS COMO MALA RESPUESTA AL TRATAMIENTO INTENSIVO
NO SUELO DERIVAR A ENDOCRINOLOGIA NI A M INTERNA SOLO POR LAS CIFRAS DE HB A1C SINO POR OTRAS COMPLICACIONES
NO SUELO DERIVAR A ENDOCRINOLOGIA NI MEDICINA INTERNA SOLO POR CIFRAS DE HBA1C SÍ POR OTRAS COMPLICACIONES
NO SUELO DERIVAR A ENDOCRINOLOGIA SÓLO POR UNA HB A1C FUERA DE OBJETIVO POR OTRAS CAUSAS PIE DIABÉTICO COMPLICACIONES RESISTENCIA A LA INSULINA O SOLICITUD EXPRESA DEL PACIENTE
NO SUELO DERIVAR A LOS PACIENTES CON DM TIPO 1 A NO SER QUE HACIENDO LAS COSAS CORRECTAS NO ESTÉN DENTRO DE LOS OBJETIVOS O POR COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES(RIÑÓN CORAZÓN OJOS NEUROPATÍA)
NO SUELO DERIVAR A LOS PACIENTES DIABETES TIPO 2 YA QUE LOS MÉDICOS DE FAMILIA SON REALMENTE LOS ESPECIALISTAS DE LA DIABETES
NO SUELO DERIVAR A LOS PACIENTES EN BASE A LOS VALORES DE HBA1C INTENTO SIEMPRE APURAR TODAS LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS POSIBLES PARA ALCANZAR EL OBJETIVO DE CONTROL GLUCÉMICO PLANTEADO
NO SUELO DERIVAR A M INTERNA O ENDOCRINO POR CIFRAS DE HB A1C SALVO EN ALGUN CASO AISLADO EN EL QUE A PESAR
NO SUELO DERIVAR AL ENDOCRINO EN FUNCIÓN DE LA HBA1C MENOS SI SON DIABÉTICOS DE TIPO 2 CREO QUE ESTE PACIENTE SE BENEFICIA MÁS DE UN SEGUIMIENTO MAS CERCANO EN AP; CUANDO DERIVO SUELEN SER PACIENTES YA INSULINIZADOS CON ALTAS DOSIS DE INSULINA QUE AÚN ASI
NO SUELO DERIVAR AL ENDOCRINO LAS DIABETES MELLITUS LAS SUELO CONTROLAR EN LA CONSULTA
NO SUELO DERIVAR AL ENDOCRINO/MEDICINA INTERNA SEGUN NIVELES DE HBA1C: CAMBIO O ASOCIO ANTIDIABETICOS O INSULINIZO Y SI CON TODO NO MEJORA ENTONCES SI DERIVO
NO SUELO DERIVAR NUNCA POR GLICOSILADA SI HAN SIDO DERIVADOS ES POR OTRO ESPECIALISTA TODOS LOS DIABETICOS TIPO 1 ESTAN EN ENDOCRINO AUNQUE YO REVISE ALGO
NO SUELO DERIVAR PACIENTES A ENDOCRINO DEPENDIENDO DE SU GLICADA DERIVO LOS TIPO 1 PORQUE NO PUEDO PEDIR ANTICUERPOS
NO SUELO DERIVAR SEGÚN CIFRA DE HBA1C EXCLUSIVAMENTE VALORO FALLO A TRATAMIENTO PREVIO COMORBILIDADES
NO TENGO UNA CIFRA LIMITE DE GLICADA PARA REMITIR AL ENDOCRINO REMITO CON MÁS FRECUENCIA PACIENTE CON GRANDES OSCILACIONES ENTRE HIPER E HIPOGLUCEMIAS
NO VIENE METFORMINA ENTRE FARMACOS PREFERIDOS
NORMALMENTE NO DERIVO SALVO DIABETES CON MALA EVOLUCION Y RESISTENTES AL TRATAMIENTO HABITUAL
NUESTRA ENDOCRINA DE REFERENCIA NO DESEA VISITAR DIABETES MELLITUS TIPO 2 SÓLO VISITA LAS TIPO 1
NUNCA DERIVO AL ENDOCRINOLOGO UN PACIENTE CON DIABETES TIPO 2
NUNCA HE DERIVADO A UN DIABÉTICO AL ENDOCRINO POR INCUMPLIMIENTO DE OBJETIVO DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA NO HA HECHO FALTA SE CONTROLAN DESDE PRIMARIA HE PUESTO 18 PORQUE NO ME DEJABA AVANZAR SIN CONTESTAR
O HBA1C > 85% EN MAYORES DE 75 AÑOS
PARA TRATAR Y DERIVAR A ESPECIALIZADA A UN PACIENTE CON DM 2 NO SOLO DEPENDE DE UN DATO SINO DESDE UN ASPECTO GLOBAL ATENCIÓN INTEGRAL
PROCURO DERIVAR LO MENOS POSIBLE A ESPECIALISTA DENTRO DE LAS POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS A MI ALCANCE

Listado 01 – Comentarios adicionales
QUE EN PRIMARIA NOS ESTAMOS HACIENDO ESPECIALISTAS EN DM2
REALMENTE NO DERIVO A LOS PACIENTES SEGÚN EL VALOR DE LA HBA1C SINO CUANDO TRAS MODIFICAR EL TRATAMIENTO NO CONSIGO EL CONTROL DE LA MISMA SI VAN MEJORANDO VOY MODIFICANDO EL TRATAMIENTO HASTA CONSEGUIR EL OBJETIVO
REMITO A ENDOCRINOLOGIA CUANDO LA HBA1C NO SE PUEDA CONTROLAR A PESAR DEL TRATAMIENTO Y MEDIDAS SOCIALES NUTRICIONALES HIGIÉNICAS ASOCIADAS A LOS FACTORES INDIVIDUALIZADOS DE RIESGO MACROVASCULARES RENALES RETINOPATIA Y CARDIOAPATIA ISQUÉMICA AUNQUE LA H
REMITO A NEFROLOGÍA CUANDO ASOCIA FG ALTERADO PESE A MODIFICAC
RESPECTO A DERIVACIONES A ESPECIALIZADA DEPENDE NO TANTO DE LOS VALORES DE FILTRADO Y HBA1 CS INO MÁS BIEN DE LA SITUACIÓN GLOBAL QUE PRESENTA EL PACIENTE
RESPECTO A LA ÚLTIMA PREGUNTA NO SUELO DERIVAR AL PACIENTE AL ENDOCRINO BASÁNDOME SOLAMENTE EN SU HBA1C SINO EN LA COMPLEJIDAD DE SU MANEJO Y ANTE LA PERSISTENCIA DE CIFRAS ELEVADAS A PESAR DE HABER INTENTADO SU OPTIMIZACIÓN DESDE LA CONSULTA DE ATENCIÓN
RESPECTO A LA ÚLTIMA PREGUNTA NO SUELO ENVIAR A LOS PACIENTES POR SU NIVEL DE GLICOSILADA SINO POR COMORBILIDADES DM TIPO 1 O PORQUE PRECISEN PRUEBAS QUE NO ESTÁN EN MI PETITORIO
RESPECTO A LAS ÚLTIMAS PREGUNTAS: ¿A PARTIR DE QUÉ FG SUELES REMITIR A TUS PACIENTES CON DM2 AL NEFRÓLOGO? REALMENTE NO SÓLO ME FIJO EN LA FG SINO TAMBIÉN EN LA EDAD DEL MISMO POR LO QUE NO CONSIDERO QUE ESTÉ BIEN CONTESTADA
RESPONDIENDO A LA PREGUNTA CUAL ES EL ADO QUE PREFIERO SUELO COMENZAR CON BIGUANIDAS METFORMINA
SE DEBE REMITIR AL NEFROLOGO CON UN FILTRADO GLOMERULAR INFERIOR O IGUAL A 60 CON UNA PROTEINURIA MAYOR O IGUAL A 300
SEGÚN LA ADA HAY QUE INDIVIDUALIZAR CADA ESCALÓN DEL TRATAMIENTO Y MARCAR LOS OBJETIVOS DE HEMOGLOBINA EN FUNCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS ANTES MENCIONADAS (EDAD COMORBILIDADES ETC) ADEMÁS CON LAS TABLAS KDIGO SE MARCA BIEN EL RIESGO DE INSUFICIENCIA RENAL
SENCILLEZ A LA HORA DE REALIZAR EL ESTUDIO BIEN ESTRUCTURADO
SI EL FILTRADO GLOMERULAR MAS DE 3 OCASIONES ES MAYOR DE 60 INDICA INICIO DE DAÑO RENAL ENTONCES ES CUANDO DERIVO A NEFROLOGO
SI NO CONSIGO CONTROL DE GLUCEMIAS ADECUADOS TRAS INSULINIZACION POR RESISTENCIAS INSULINAS GRAVES A PAESAR DE GLP1
SI QUE LO MAS IMPORTANTE ES LA SUPRESION DEL TABACO Y EL CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES
SI TRAS INSULINIZACIÓN LA HBA1C > 7% EN MENORES DE 75 AÑOS
SIEMPRE HAGO UNA VALORACIÓN INDIVIDUALIZADA EN VIRTUD DE EDAD COMORBILIDAD Y TRATAMIENTO QUE TENGA EL PACIENTE
SÓLO DERIVO A ENDOCRINOLOGÍA EN MUY POCAS OCASIONES NUNCA A MEDICINA INTERNA FUNDAMENTALMENTE A LOS DM1 EL 95% DE MIS PACIENTES ESTÁ CONMIGO NUNCA DERIVO POR UNA HBA1C ALTA (DE AHÍ QUE HAYA PUESTO 20% QUE NUNCA HE TENIDO A NADIE CON ESA CIFRA) SIEMPRE LA
SON INDICACIONES GENERALES REMITO A ENDOCRINO CON GLICADAS POR ENCIMA DE 85 EN PACIENTES CON VARIOS FÁRMACOS NO CONTROLADOS O EN INICIO DE INSULINIZACION
SUELO DERIVAR A ENDOCRINO CUANDO HAY OTRAS COMORBILIDADES O CUANDO NO HE PODIDO DISMINUIR LAS GLICADAS NO SOLO EN FUNCION DE VALOR DE GLICADA QUE TENGA CON RESPECTO A LA AAS PREVENTIVA TB EN FUNCION DE LA EDAD Y LA MOVILIDAD DEL PCTE
SUELO DERIVAR AL ESPECIALISTA CUANDO EL PACIENTE REQUIERE PAUTAS CON VARIOS TIPOS DE

Listado 01 – Comentarios adicionales
INSULINA Y NO CONSIGO UN CONTROL ADECUADO TENIENDO EN CUENTA LA EDAD DEL PACIENTE
SUELO REMITIR A CARDIOLOGÍA PARA ESTUDIO EN EL PACIENTE DIABÉTICO DE DATOS EN ECG SUGESTIVOS DE HVI O BCRIHH
TA OBJETIVO <140/85 (130/80 EN JÓVENES)
TANTO LA REMISIÓN AL NEFROLOGO O AL ENDOCRINOLOGO NO SOLO DEPENDE DE LAS CIFRAS DE FG Y HBA1C SINO TAMBIEN TENIENDO EN CUENTA LA EDAD DEL PACIENTE
TODAS LAS RESPUESTAS ANTERIORES HAN DE SER MODULADAS EN FUNCIÓN ESPECIALMENTE DE LA EDAD DEL PACIENTE LA INTENSIDAD DEL TTO Y DEL CONTROL NO VA A SER EN NINGÚN CASO EL MISMO EN UN HOMBRE/MUJER JOVEN QUE EN UN ANCIANO
TODOS LOS PACIENTES DIABÉTICOS TIENEN COMO MÍNIMO DOS CONTROLES ANUALES QUE INCLUYEN TODAS LAS PRUEBAS DE SEGUIMIENTO
TODOS SE VALORA EN UN CONTEXTO GLOBAL DE LA PERSONA
TRABAJÉ EN AP Y MUY POCAS VECES NECESITO DERIVAR A UN PACIENTE CON DM2 SI LO HAGO ES PARA PRUEBAS ESPECÍFICAS (ERGOMETRIA OFTALMOLOGIA NEUROLOGÍA ETC) PERO NUNCA A ENDOCRINOLOGIA
TRABAJO EN UN CS DONDE SE TIENEN DE INTERCONSULTAS DIRECTAS CON ENDOCRINOLOGÍA NEFROLOGÍA CARDIOLOGÍA Y DEMÁS ESPECIALIDADES A TRAVÉS DE LAS CUÁLES SOLUCIONAMOS MUCHOS PROBLEMAS EN LA CONSULTA
TRAS METFORMINA SIEMPRE VALORO QUÉ FÁRMACO PUEDE SER MÁS ADECUADO PARA EL PACIENTE INDIVIDUALIZANDO SEGÚN SUS PATOLOGÍAS Y CARACTERÍSTICAS DE BASE PRESCRIBO SEGÚN ESTOS CRITERIOS Y NO PRESCRIBO SIEMPRE IDPP4 Y PRESCRIBO AAS SEGÚN SU RCV
ULTIMA PREGUNTA: SUELO DERIVAR A ENDOCRINO O INTERNA NO DEPENDIENDO DE LA CIFRA DE GLICADA SI NO CUANDO NO ALCANZO OBJETIVOS TRAS CAMBIOS DE TTO
UN PACIENTE DIABETICO TIENE QUE PONER TODO DE SU PARTE DIETA CORRECTA EJERCICIO Y TOMAR SU MEDICACIÓN CORRECTAMENTE SI NO ES ASÍ DE NADA SIRVE EL TRATAMIENTO QUE LES PONGAS OBJETIVOS DE LDL COLESTEROL POR DEBAJO DE 100 Y CIFRAS TENSIONES POR DEBAJO DE 140
XXX
Y EN CUANTO A LOS FARMACOS CONTEMPLO COMO PRIMERA OPCION DESPUES DE METFORMINA LOS ANALOGOS GLP 1SEGUN PESO CORPORAL
Y EN LA REGUNTA DE DERIVACIÓN DE ENDOCRINO DE ENTRADA NO DERIVO SÓLO NI NO SOY CAPAZ DE CONSEGUIR OBJETIVOS CONTROL
Y LO MISMO RESPECTO A LA ÚLTI