

S U P L E M E N T O E X T R A O R D I N A R I O

Diabetes práctica

Actualización y habilidades en Atención Primaria

Inercia e incumplimiento en la diabetes. Resultados de los estudios INCANDA e INERCIÓMETRO

Coordinador:

José Manuel Millaruelo Trillo

Autores:

Josep Franch Nadal
Cèlia Cols Sagarra
Flora López Simarro
Javier Díez Espino
Rosario Iglesias González
Lourdes Barutell Rubio
Marta Rodríguez de Miguel
M.º Luisa Orera Peña

SUPLEMENTO EXTRAORDINARIO Diabetes práctica

Actualización y habilidades en Atención Primaria



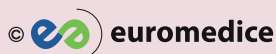
Director:
José Manuel Millaruelo Trillo

Secretario de redacción:
Josep Franch Nadal

Comité editorial:
Sara Artola Menéndez
Javier Díez Espino
Francisco Javier García Soidán

Asesores:
Patxi Ezcurra Loiola
José Luis Martín Manzano
Manel Mata Cases
Javier Mediavilla Bravo
Jorge Navarro Pérez
Mateu Seguí Díaz
Rosario Serrano Martín

Web redGDPS:
www.redgdps.org



Avda. dels Vents, 9-13, Esc. B, 2.º 1.ª
08917 Badalona
euromedice@euromedice.net
www.euromedice.net

Depósito legal: B-21312-2012
ISSN: 2013-9071

© Copyright 2014: De los autores.

© Copyright de la edición 2014: EUROMEDICE, Ediciones Médicas, S.L.
Reservados todos los derechos de la edición. Prohibida la reproducción total o parcial de este material, fotografías y tablas de los contenidos, ya sea mecánicamente, por fotocopia o cualquier otro sistema de reproducción sin autorización expresa del propietario del copyright.

El editor no acepta ninguna responsabilidad u obligación legal derivada de los errores u omisiones que puedan producirse con respecto a la exactitud de la información contenida en esta obra. Asimismo, se supone que el lector posee los conocimientos necesarios para interpretar la información aportada en este texto.

Como imagen general de la temática tratada en esta publicación, la portada muestra una ilustración de equipo de bolas de colesterol en un vaso sanguíneo. Cuando hay altos niveles de lipoproteína de baja densidad (LDL) en la sangre que se acumula en los lados de los vasos sanguíneos, se produce un endurecimiento de estos, una condición llamada aterosclerosis.

Los objetivos de la redGDPS son desarrollar y potenciar actividades formativas y de investigación que contribuyan a aumentar el conocimiento sobre la enfermedad y a mejorar la calidad de la atención a las personas con diabetes.

La redGDPS no promueve ninguna actividad que pueda inducir a la prescripción de fármacos, uso de sistemas de determinación de glucosa o productos dietéticos. En caso de detectarse esta situación, rogamos nos lo comunique al e-mail redaccion@redgedaps.org.

SUMARIO:

EDITORIAL

Algunas reflexiones acerca de la «miopía clínica» 2
Josep Franch Nadal

Incumplimiento terapéutico e inercia clínica en la diabetes: revisión actualizada 4
Cèlia Cols Sagarra, Flora López Simarro

Proyecto INCANDA (INCumplimiento terapéutico en pacientes de edad AvaNzaDA) 10
Javier Díez Espino

Estudio INERCIÓMETRO (Inercia en el Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2) 19
Rosario Iglesias González, Lourdes Barutell Rubio, Marta Rodríguez de Miguel, M.ª Luisa Orera Peña

Epílogo y algunas recomendaciones 23
Flora López Simarro

Algunas reflexiones acerca de la «miopía clínica»

Josep Franch Nadal

Médico de familia. Equipo de Atención Primaria Raval Sud. Barcelona

Las personas que padecen una diabetes mellitus tienen una mayor morbimortalidad cardiovascular, con una esperanza y una calidad de vida peores que las de la población general. Esto lo sabemos todos desde hace muchos años.

También sabemos, gracias a estudios como el UKPDS¹ o el Steno², que un buen control metabólico de todos los factores de riesgo asociados a la diabetes tipo 2 (no solo de la glucemia) se acompaña de un claro descenso de las complicaciones, incluida la mortalidad. No existe duda de que normalizar las cifras de presión arterial, de lípidos, la obesidad y el tabaquismo es muy beneficioso para las personas que presentan una diabetes.

En estos momentos tenemos herramientas potentes para alcanzar estos objetivos de control. Las modificaciones de los estilos de vida han demostrado su eficacia en el control metabólico de la enfermedad³ y en la reducción de la morbimortalidad (véase estudio PREDIMED⁴). Pero además disponemos de una extensa farmacopea muy potente, que es capaz en la inmensa mayoría de los casos de reducir los factores de riesgo a nivel del objetivo deseado. En la actualidad tenemos a nuestra disposición nueve familias distintas de fármacos antihiper glucémicos, ocho familias más de antihipertensivos y seis familias de hipolipemiantes. Bien sea en monoterapia o en terapias combinadas (de gran utilidad en las personas con diabetes), estos fármacos son muy eficaces.

Sin embargo, las revisiones repetidas año tras año demuestran que el control metabólico de los diabéticos no es bueno. Probablemente el objetivo de control de una hemoglobina glucosilada < 7 % solo se alcanza en aproximadamente un 60 % de los diabéticos tipo 2 de nuestro país, una presión arterial < 140/90 mmHg la tienen cerca del 65 % de los casos y unos niveles de colesterol total < 250 mg/dl se observan en el 77 %. Y el 11 % de los diabéticos siguen fumando⁵.

La pregunta parece evidente: ¿por qué no se alcanzan los objetivos de control deseados si tenemos herramientas

suficientes? La respuesta no es fácil, como no lo es nada de lo que atañe a la medicina asistencial de las consultas de cada día, pero desde un plano teórico, probablemente hay dos tipos de factores que son los responsables de esta ausencia de control: la inercia y la falta de adhesión al tratamiento. Cuando se presentan conjuntamente, es lo que algunos autores denominan «**miopía clínica**»:

- a) Factores atribuidos al médico y al sistema sanitario. Dentro de este apartado sin duda hay que destacar la llamada «**inercia clínica**», que se define como «el fracaso en la actuación a pesar de haber detectado el problema»⁶. La responsabilidad de este problema la podríamos repartir entre el profesional sanitario y el propio sistema sanitario.

El profesional sanitario debe atender muchas patologías, no solo la diabetes, y frecuentemente la falta de acuerdo entre las múltiples guías de práctica clínica en fijar un único objetivo de control contribuye a confundirle sobre la necesidad del control metabólico. Por otro lado, en ocasiones ya no se consigue alcanzar el objetivo de control al inicio de la terapia, bien sea por no utilizar de manera correcta las modificaciones de los estilos de vida o los fármacos (con frecuencia por no titular progresivamente la medicación hasta el objetivo) o bien por no identificar y gestionar comorbilidades, como la depresión, que dificultan el acto terapéutico. Otro de los grandes problemas con los que tiene que enfrentarse el profesional es la falta de tiempo en las consultas sobresaturadas y los pacientes que «secuestran» el encuentro clínico cambiando constantemente el motivo de su visita entre varias de sus patologías («vagabundos temáticos»).

El sistema sanitario con frecuencia tampoco ayuda a crear el entorno necesario para que el profesional ejerza su labor de manera eficiente. En ocasiones no se planifican adecuadamente las visitas (que sobresaturan las consultas), no existen registros adecuados para un correcto seguimiento de la evolución, ni hay estímulos para un trabajo en equipo que facilitaría la

consecución de los objetivos. Con mucha frecuencia el médico no se siente respaldado por su sistema sanitario, más preocupado por la contención del gasto económico que por la obtención de objetivos que han demostrado mejorar la calidad de vida de las personas.

- b) El otro gran motivo por el que no se alcanzan los objetivos tiene como responsable a la propia persona que padece la enfermedad, aunque tal vez toda la responsabilidad no sea suya. Estamos hablando del fenómeno conocido como «**incumplimiento terapéutico**» o «**falta de adhesión al tratamiento**», que tanto nos preocupa.

Los motivos son diversos. Frecuentemente el paciente no es consciente de la gravedad de su situación, y llega incluso a negar la enfermedad (es común oír en nuestras consultas: «Diabético no, solo tengo un poco de azúcar») o a minimizar su importancia. Esto, unido a una escasa cultura sanitaria y a la falta de comunicación médico-paciente (lo que en la actualidad se llama «relación clínica»), genera necesariamente una desconfianza por parte del paciente hacia su médico/personal de enfermería.

A estos aspectos debemos añadir todos los que atañen a la propia medicación en sí. Es habitual que se prescriban pautas farmacológicas complejas difíciles de cumplir, con medicamentos caros (sin valorar las posibilidades económicas del paciente). Además, estas

personas suelen tener otras patologías asociadas, con lo que el consumo de medicamentos y, por tanto, la posibilidad de efectos secundarios se disparan. El miedo a estos efectos secundarios, junto con los olvidos involuntarios, se han descrito como los dos principales motivos por los que el paciente no se toma la medicación en las dosis prescritas.

En conjunto sabemos/intuimos que más del 50 % de las personas con diabetes no cumplen con los tratamientos que les han sido prescritos para su enfermedad.

Necesitábamos mostrar la realidad actual y concienciar al profesional sanitario de la importancia de estos problemas. Este monográfico se inicia con una excelente revisión de la Dra. Cols sobre estos dos condicionantes, tan frecuentes y tan potencialmente graves. A continuación, para demostrar cuál es la situación real en nuestro país, se presentan por primera vez los resultados de dos estudios que analizan, por un lado, el tema del incumplimiento terapéutico (estudio INCANDA) y, por otro, el de la inercia clínica (estudio INERCÍOMETRO) en la Atención Primaria. Y, para cerrar el monográfico, unas interesantes consideraciones de la Dra. López Simarro, que probablemente es una de las personas que más ha trabajado en este tema.

Esperamos que la lectura de esta interesante monografía nos haga reflexionar.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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(15):1577-89.
2. Gæde 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.
3. Trento M, Passera P, Bajardi M, Tomalino M, Grassi G, Borgo E, et al. Lifestyle intervention by group care prevents deterioration of type II diabetes: a 4-year randomized controlled clinical trial. *Diabetologia* 2002;45:1231-9.
4. Estruch R, Ros E, Salas-Salvadó J, Covas MI, Corella D, Arós F, et al. (PREDIMED study). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *N Engl J Med* 2013;368(14):1279-90.
5. Franch J, Artola S, Diez Espino J, Mata M. Evolución de los indicadores de calidad asistencial al diabético tipo 2 en atención primaria (1996-2007). Programa de mejora continua de calidad de la Red de Grupos de Estudio de la Diabetes en Atención Primaria de la Salud. *Med Clin (Barc)* 2010;135:600-7.
6. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.

Incumplimiento terapéutico e inercia clínica en la diabetes: revisión actualizada

Cèlia Cols Sagarra¹, Flora López Simarro²

¹ Médico de familia. ABS Martorell Rural (Barcelona). ² Médico de familia. ABS Martorell (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

En España, la prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), según el estudio Di@bet, se sitúa en el 13,8 %. Su grado de control aún queda lejos de los objetivos deseables fijados en las guías de práctica clínica (GPC)¹.

La gestión eficaz de la DM2 implica de manera conjunta al paciente y al profesional sanitario, que tienen que realizar entre ambos un esfuerzo multifactorial, que implica la modificación de los estilos de vida, así como en la mayoría de los casos la utilización de diferentes opciones terapéuticas. El tratamiento de la persona con DM2 no es tan solo el tratamiento de la hiperglucemia, sino con frecuencia también el de otros factores de riesgo cardiovascular coexistentes (hipertensión y dislipemia), el de las complicaciones propias de la DM2 y de otras comorbilidades que pueden estar asociadas.

La prescripción de medidas higiénico-dietéticas y farmacológicas por parte de los profesionales sanitarios es el principal recurso terapéutico de que disponemos para el cuidado de salud de nuestros pacientes. Sin embargo, dichos beneficios pueden verse alterados tanto por la falta de cumplimiento por parte del paciente, como por la inercia terapéutica por parte del profesional.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

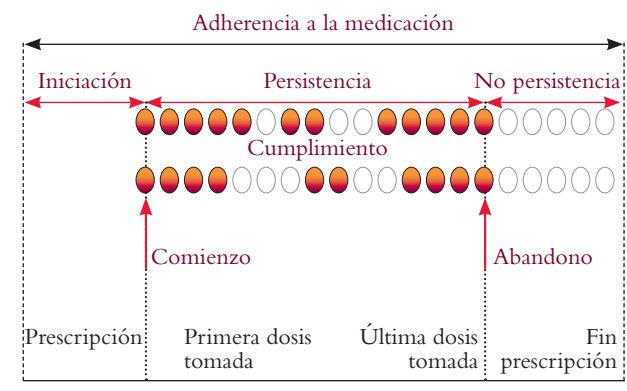
Se define **inercia clínica** como el fallo de los profesionales para indicar, recomendar, estudiar o seguir a un paciente, con consecuencias negativas para su salud. **Inercia terapéutica**, cuando esta inercia está focalizada en la esfera del tratamiento, sería la ausencia de inicio o intensificación del tratamiento farmacológico, cuando este está indicado².

En cuanto al **cumplimiento**, existen dos términos sinónimos (**cumplimiento y adherencia**), pero, por la connotación negativa de la palabra «incumplimiento» y el papel pasivo que puede llegar a implicar por parte del paciente, este térmi-

no probablemente caerá en desuso, tendiendo a utilizarse con mayor frecuencia en la bibliografía el de adherencia. La Organización Mundial de la Salud define la adherencia terapéutica como: «El grado en que el comportamiento de una persona en tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria».

En la actualidad también hay que añadir el concepto de **persistencia**, que sería el tiempo que va desde el inicio del tratamiento y la última dosis que precede a la interrupción definitiva de este (figura 1)³.

Figura 1. Ilustración del proceso de adherencia a la medicación. Adaptado de Vrijens³



IMPORTANCIA DE LA FALTA DE ADHERENCIA Y DE LA INERCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS CON DIABETES

La falta de adherencia es una de las causas más importantes de mal control en las personas con diabetes. Se ha observado que una peor adherencia está asociada a peor control glucémico, con aumento de las complicaciones micro y macrovasculares y de las hospitalizaciones, así como a mayores costes sanitarios⁴.

En los últimos años se han publicado varios trabajos en población española que valoran el grado de inercia en pacientes diabéticos. En el estudio de Conthe et al.⁵, realizado en 1202 pacientes con DM2 de consultas de Atención Primaria de España, se observó que el valor medio de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) cuando se pasa de monoterapia a biterapia era del 8,1 % y que los pacientes están una media de 2,9 años con niveles superiores al 7 % antes del cambio terapéutico.

En otro trabajo realizado por Mata et al.⁶, se analizaron 997 pacientes de consultas de Atención Primaria de Cataluña que tenían HbA_{1c} > 7 %. Se intensificó el tratamiento en el 66,8 %, siendo la HbA_{1c} media de estos pacientes de 8,4 %. La inercia se detectó en el 33,2 % de los pacientes y esta disminuía con la complejidad del tratamiento: tratados con modificación de estilos de vida (38,8 %), monoterapia oral (40,3 %), combinación de antidiabéticos orales (34,5 %), monoterapia con insulina (26,1 %) y combinación de insulina y antidiabéticos orales (21,4 %).

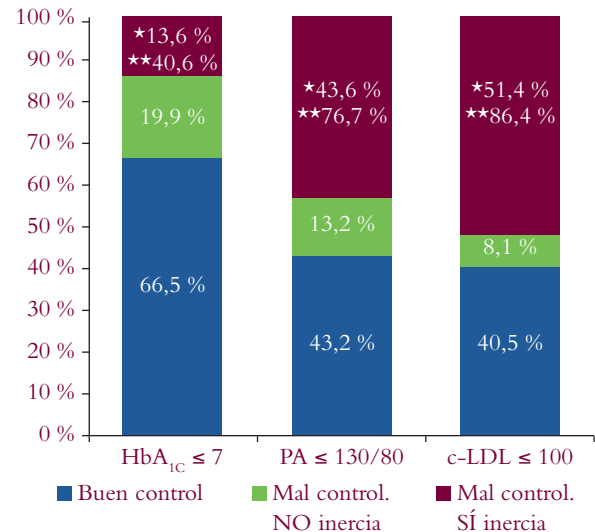
Finalmente, en el estudio de López-Simarro et al.⁷, se aborda no solo la inercia, sino también el cumplimiento de los pacientes en los tres factores de riesgo cardiovascular. En este estudio, realizado en 320 pacientes de un centro de Atención Primaria, se observó una inercia en cuanto al colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) del 86,4 % (objetivo < 100 mg/dl), de la presión arterial (PA) del 76,7 % (objetivo PA < 130/80 mmHg) y de la HbA_{1c} del 40,6 % (objetivo HbA_{1c} < 7 %) (figura 2), observándose que la inercia aumentaba en pacientes de mayor edad. En cuanto al cumplimiento, se detectó un incumplimiento del 36,1 % en los antidiabéticos, del 37,5 % en los antihipertensivos y del 32,0 % en los hipolipemiantes. La edad influyó en el cumplimiento, pues se observó que los pacientes de mayor edad eran más adherentes. En este estudio no se encontró relación entre inercia terapéutica e incumplimiento a los fármacos estudiados.

MÉTODOS DE MEDICIÓN DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y DE LA INERCIA TERAPÉUTICA

La falta de adherencia debe ser constantemente sospechada, correctamente diagnosticada y adecuadamente tratada⁸. La guía NICE de adherencia a los tratamientos recomienda que la evaluación de la adherencia se haga de forma rutinaria, sin usar un método enjuiciador, pero incrustándola en la práctica clínica diaria de aquellos profesionales que prescriban, dispensen o revisen la medicación de cualquier paciente.

La sospecha por parte del profesional de la falta de adherencia debe confirmarse, debido a que con frecuencia la opi-

Figura 2. Grado de control e inercia terapéutica para la hemoglobina glucosilada, la presión arterial y el colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad⁷



c-LDL: colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad; HbA_{1c}: hemoglobina glucosilada; PA: presión arterial.

* Porcentaje de inercia terapéutica entre el total de pacientes con el factor de riesgo cardiovascular.

** Porcentaje de inercia terapéutica entre el total de pacientes con mal control para el factor de riesgo cardiovascular.

nión del médico no coincide con los datos objetivos de adherencia del paciente. En un estudio realizado por Meddings et al.⁹ se observó que los profesionales solo identificaron al 37 % de los pacientes realmente incumplidores.

Existen varios métodos para medir la adherencia terapéutica, clasificados en directos e indirectos. Todos presentan ventajas e inconvenientes, por lo que lo más adecuado es la combinación de varios de ellos para paliar sus deficiencias (tabla 1).

En cuanto a la inercia terapéutica, se puede cuantificar como el número de pacientes a los que no se les modifica el tratamiento farmacológico / número de pacientes que no han conseguido el objetivo de control * 100. Deberían ser excluidos de la valoración de la inercia los pacientes de edad avanzada, con comorbilidades importantes y aquellos con riesgo de sufrir hipoglucemias.

Mata, en un artículo reciente, recomienda que, a la hora de evaluar la inercia, si no se pueden tener en cuenta todas las limitaciones (riesgo de hipoglucemias, complicaciones presentes, tiempo de evolución de la enfermedad, esperanza de vida, etc.), un dintel de HbA_{1c} del 8 % podría ser el más adecuado. Aun así, el equilibrio entre la inercia y el sobretratamiento (intensificar el tratamiento cuando no va a aportar beneficios sustanciales al paciente) nos debe llevar a individualizar los objetivos¹⁰.

Tabla 1. Características generales de los métodos directos e indirectos

Métodos	Ventajas	Inconvenientes	Observaciones
Directos:			
Determinación de fármaco, metabolitos o marcadores biológicos en muestras biológicas	Método objetivo	Variabilidad individual Método caro No aplicable en práctica diaria	Usado en ensayos clínicos Uso en fármacos con rango terapéutico muy estrecho (digoxina)
Indirectos:			
Entrevista clínica	Método sencillo, fácil de aplicar y barato	Diferentes resultados según cuestionario Alterable por el paciente	Test Batalla Test de Morinsky-Green Test de Haynes-Sackett o cumplimiento autocomunicado
Recuento de comprimidos	Método objetivo	Requiere tiempo No detecta si el paciente toma la pauta correctamente Alterable por el paciente	Usado en ensayos clínicos
Control de la dispensación	Método sencillo y fácil de aplicar	No detecta si el paciente toma la pauta correctamente	Complementa otros métodos
Monitorización electrónica	Objetivo, preciso, cuantificable	Necesita un aparato electrónico. Se asume: apertura del envase = toma medicación Método caro No aplicable a la práctica diaria	Usado en ensayos clínicos
Evaluación del resultado terapéutico	Sencillo y fácil de aplicar	Requiere tiempo Interferencia con otras causas de mal resultado terapéutico Sobreestima incumplimiento	
Otros:			
Juicio clínico	Se basa en el conocimiento que el profesional tiene sobre los pacientes atendidos	Subestiman incumplimiento	
Cumplimiento de citas	Se basa en que el paciente que acude a controles es buen cumplidor	Subestiman incumplimiento	

FACTORES DETERMINANTES QUE INFLUYEN EN LA FALTA DE ADHERENCIA

La falta de adherencia es un fenómeno multidisciplinar determinado por la interacción de múltiples causas. Al valorar las causas de la falta de adherencia, se puede hablar de la intencionalidad o no de estas. Cuando se realiza la prescripción de un fármaco y el paciente no llega a retirarlo de la farmacia, recoge solo el primer envase o decide en un momento determinado dejar de tomarlo, estaríamos ante una falta de adherencia intencional. Entre las causas de esta intencionalidad estarían las creencias del paciente sobre su enfermedad, la motivación, las expectativas y los efectos secundarios de los fármacos. Si el paciente quiere tomar los fármacos prescritos, según las indicaciones que se le han hecho en dosis y pautas, pero no lo consigue por olvidos, falta de comprensión de las instrucciones, incapacidad para pagar el tratamiento, etc., estaríamos ante una falta de adherencia no intencionada.

En una revisión realizada por Kardas et al.¹¹, se agrupan los determinantes en:

- a) **Factores socioeconómicos**, en los que destaca con impacto positivo para favorecer la adherencia el tener apoyo social y familiar, estar casado o vivir con alguien, mientras que tener conflictos familiares reducía las probabilidades de ser cumplidores.
- b) **Factores relacionados con la enfermedad**, en los que los pacientes considerados con peor estado de salud eran más adherentes.
- c) **Factores relacionados con el tratamiento**, en los que se comprobó que los pacientes con una dosis al día y a los que se les daba la posibilidad de dosis flexibles eran mejores cumplidores.
- d) **Factores relacionados con el paciente**: la edad avanzada, el sexo femenino y tener mayores ingresos y más educación poseen efectos pequeños pero posi-

tivos sobre la adherencia. Tener la creencia de que la enfermedad es grave mejora la adherencia; en cambio, tener asociada depresión se relacionó de manera significativa con la falta de cumplimiento.

El desempleo, la pobreza y no poseer cobertura asistencial médica se ha asociado con falta de adherencia. El precio de los fármacos y su financiación también contribuye en la no adhesión¹².

En un trabajo realizado por Guénette et al. en Canadá, que incluía a 151 173 personas que habían iniciado el año anterior tratamiento con antidiabéticos orales o insulina, se encontró que el 21 % había interrumpido su tratamiento y el 22 % de los que seguían siendo tratados eran no cumplidores. Persistencia y cumplimiento se asociaron con mayor edad, vivir en medio rural, nivel socioeconómico medio o bajo, haber recibido la prescripción por un médico general y un historial de uso de cinco medicamentos diferentes o más. Las personas tenían menos probabilidades de ser persistentes y adherentes si el antidiabético indicado era un secretagogo¹³.

En un metaanálisis reciente donde se evaluó el impacto de la frecuencia de la dosis en la adherencia al tratamiento oral, en pacientes con DM2 se observó que la dosificación de una vez al día se asociaba a un aumento importante del cumplimiento, comparada con las dosis de más de una vez al día (*odds ratio* 2,24, intervalo de confianza al 95 % 1,38-3,66)¹⁴.

El número de comprimidos por toma parece ejercer menos influencia en la adherencia que la frecuencia de la dosificación¹⁵. Probablemente, cuando se pautan fármacos tres veces al día, la dosis del mediodía es la más difícil de cumplir.

El temor del paciente a los efectos adversos, tales como aumento de peso o las hipoglucemias, son factores muy influyentes. En un estudio de Pollack et al.¹⁶, donde se incluyeron 2074 pacientes con al menos un fármaco oral y sin tratamiento con insulina, casi el 72 % había experimentado un problema de tolerabilidad al tratamiento las dos semanas antes de la encuesta, y la mitad más de dos problemas de tolerabilidad. El 57 % presentó síntomas relacionados con la hipoglucemia. Se observó una correlación entre el número de problemas de tolerabilidad y la probabilidad de falta de adherencia al tratamiento y, por cada problema de tolerabilidad adicional experimentado, el riesgo de no adherencia aumentaba un 28 % ($p < 0,01$).

Una mala comunicación médico-paciente es una importante causa de discordancia y mala adherencia, con consecuencias en el manejo de la medicación. La adhesión mejora cuando las consultas tienen suficiente calidad y duración y cuando se deja participar al paciente en la toma de decisiones y se le explican los efectos secundarios de los fármacos.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA INERCIA CLÍNICA

Se sabe que la inercia clínica depende de los tres factores que intervienen a lo largo del proceso asistencial y se ha estimado que la contribución sería del profesional sanitario en un 50 %, del paciente en un 30 % y el sistema sanitario en un 20 %¹⁷.

- a) **Causas relacionadas con el profesional.** Una causa fundamental para el mantenimiento de la inercia clínica es la falta de formación y entrenamiento de los médicos para orientar los tratamientos hasta conseguir los objetivos terapéuticos. Existe mayor inercia cuando las cifras de HbA_{1c}, PA y c-LDL están más próximas al objetivo de control¹⁸. Probablemente esta inercia está relacionada con la incertidumbre propia de la práctica médica y la gran variabilidad existente en las GPC para fijar los objetivos de control de las diferentes patologías.
- b) **Causas relacionadas con el paciente.** En general, los pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular o lesión de órgano diana tienen más probabilidades de recibir atención adecuada con intensificación de los tratamientos. No hay unanimidad en qué características del paciente están más relacionadas con la inercia. Los pacientes de mayor edad se han asociado con menor intensificación de los diferentes tratamientos, probablemente por la prevención de los efectos secundarios de los fármacos y por el riesgo de hipoglucemias. Respecto al sexo, parece existir menor probabilidad de intensificar tratamientos en mujeres que en varones⁷. La mayor frecuentación de los pacientes en consultas también ha sido relacionada con presentar mayor inercia¹⁹.
- c) **Causas relacionadas con la organización asistencial.** La intensificación de los tratamientos tiene más posibilidades de ser realizada en visitas de mayor duración y en aquellas con menos motivos de consulta. En un estudio realizado por Kardas et al.²⁰ en pacientes con HbA_{1c} > 7 %, cada preocupación adicional del paciente reducía en un 49 % la probabilidad de cambio en la medicación.

MEDIDAS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y PARA DISMINUIR LA INERCIA CLÍNICA

En un metaanálisis²¹ realizado recientemente para evaluar la identificación de intervenciones que mejoran la adherencia, se clasificaron estas en ocho categorías: 1) basadas en la simplificación de los tratamientos (cambios en las pautas de dosificación); 2) cognitivas y educativas (información verbal, por escrito o audiovisual); 3) conductuales de asesoramiento (refuerzo del comportamiento); 4) socio-psico-afectivas (reuniones en grupo, consejo familiar, manejo del estrés, etc.);

5) intervenciones basadas en dar *feedback* sobre la adhesión valorada electrónicamente; 6) basadas en sistemas técnicos de recordatorios (mensajes de texto [SMS], teléfono móvil); 7) intervenciones con equipos técnicos para el control de la enfermedad y la gestión; 8) recompensas. Se encontró que la mejoría en el cumplimiento fue casi el doble entre los pacientes que recibieron *feedback*, respecto a los estudios que no lo incluían, y también existía una mejora de la adherencia en los estudios que utilizaron herramientas cognitivo-educativas respecto a los que no incluían este tipo de intervención.

En la actualidad, la posibilidad de recurrir a dispositivos electrónicos con mensajes recordatorios puede mejorar el cumplimiento terapéutico. Vervloet et al.²² investigaron la eficacia a corto y largo plazo de monitorizar los tratamientos con recordatorios SMS en pacientes con DM2 con mala adherencia al tratamiento previo. Durante los primeros seis meses, los participantes en el grupo intervención recibían un SMS cada vez que olvidaban una dosis de tratamiento. Después de un año, la adherencia en el grupo intervención con SMS fue superior a la del grupo control (79,5 % frente a 64,5 %, $p < 0,001$). Además, observaron que a los dos años la adherencia de los participantes del grupo con avisos SMS se mantuvo en el 80,4 %, mientras que en el grupo control fue del 68,4 %.

A la hora de valorar las intervenciones para mejorar la adherencia, es útil intentar estimar si estamos ante una falta de adherencia intencional, en la que será muy útil recurrir en la consulta a técnicas de entrevista motivacional para que el paciente acepte la necesidad de la toma de sus fármacos según las indicaciones, o si se trata de una falta de adherencia no intencional, en la que deberemos proporcionar herramientas para mejorar el cumplimiento: pastilleros o dispensadores de medicación, reducir el número de fármacos y la frecuencia de las tomas simplificando los tratamientos al máximo, e intentar ajustar la toma de estos con actividades de la vida diaria para no sufrir olvidos y facilitar el cumplimiento.

La combinación de intervenciones parece ser la mejor estrategia, ya que los efectos de estas tienden a disminuir con el tiempo. Por lo tanto, deben ser individualizadas y adaptadas a cada paciente.

En cuanto a la inercia, existen también medidas para intentar superarla. La historia clínica informatizada permite realizar auditorías sobre la actividad realizada y el retorno de la información. Asimismo, se utilizan recordatorios informáticos (sistemas de alerta de exploraciones pendientes, objetivos no conseguidos, algoritmos de tratamiento, etc.). En un estudio realizado en Holanda con 87 886 pacientes que comparó la utilización de alertas electrónicas, el apoyo en la toma de decisiones o ninguna intervención para mejorar el tratamiento

de la dislipemia, se encontró que los pacientes que precisaron tratamiento fueron tratados el 66 %, el 40 % y el 36 %, respectivamente, en los tres grupos²³. Los incentivos, sobre todo si son económicos, mejoran el grado de control de los pacientes, como se ha demostrado en nuestro entorno¹, pero entre sus inconvenientes hay que destacar que los resultados tienden a su nivel de origen cuando los incentivos dejan de aplicarse.

Sería recomendable la elaboración de un plan de atención específica para cada paciente, con especial interés en aquellos más frecuentadores, adaptando las recomendaciones de tratamiento de las GPC basadas en mejor evidencia, así como incorporar el uso de equipos de tratamiento multidisciplinar.

CONCLUSIONES

En la actualidad, un porcentaje elevado de pacientes con DM2 no consiguen los objetivos terapéuticos marcados por las GPC. Las principales causas de esto serían: la falta de adherencia terapéutica por parte del paciente y la inercia clínica del profesional sanitario.

Una mejor identificación de los pacientes con pobre adherencia es esencial para poder introducir estrategias individualizadas y adaptadas a cada uno. A pesar de que la adherencia al tratamiento de la DM2 está influenciada por muchas variables, una buena relación médico-paciente que permita la toma conjunta de decisiones y un mejor conocimiento tanto de la enfermedad como del tratamiento prescrito son esenciales para mejorarla.

Las nuevas tecnologías son una herramienta que ha de explorarse e implementarse para ayudar a mejorar tanto la adherencia del paciente como la inercia por parte del profesional.

IDEAS CLAVE

- La falta de adherencia por parte del paciente y la inercia terapéutica por parte del profesional son una de las causas más importantes del mal control glucémico en las personas con diabetes.
- La falta de adherencia debe ser constantemente sospechada, correctamente diagnosticada y adecuadamente tratada. Los profesionales sanitarios en contacto con el paciente deberíamos incluir su valoración en nuestra práctica clínica diaria.
- La falta de adherencia es un fenómeno multidisciplinar determinado por la interacción de múltiples causas. La inercia clínica depende básicamente de tres factores (profesional sanitario, paciente y sistema

sanitario). La combinación de intervenciones parece ser la mejor estrategia para mejorarlas, por lo que las

intervenciones deben ser individualizadas y adaptadas a cada paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care* 2012;35(4):774-9.
- Philips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.
- Vrijens B, Geest S, Hughes DU, Kardas P, Demonceau J. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *Br J Clin Pharmacol* 2012;73:691-705.
- Egede LE, Gebregziabher M, Dismuke CE, Lynch CP, Axon RN, Zhao Y, et al. Medication nonadherence in diabetes: longitudinal effects on costs and potential cost savings from improvement. *Diabetes Care* 2012;35:2533-9.
- Conthe P, Mata M, Orozco D, Pajuelo F, Barreto CS, Anaya SF, et al. Degree of control and delayed intensification of antihyperglycaemic treatment in type 2 diabetes mellitus patients in primary care in Spain. *Diabetes Res Clin Pract* 2011;91(1):108-14.
- Mata-Cases M, Benito-Badorrey B, Roura-Olmeda P, Franch Nadal-J, Pepió-Vilaubí JM, Saez M, et al. Clinical inertia in the treatment of hyperglycemia in type 2 diabetes patients in primary care. *Curr Med Res Opin* 2013;29(11):1495-502.
- 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(9):377-84.
- Marcum ZA, Sevick MA, Handler SM. Medication nonadherence: a diagnosable and treatable medical condition. *JAMA* 2013;309:2105-6.
- Meddings J, Kerr EA, Heisler M, Hofer TP. Physician assessments of medication adherence and decisions to intensify medications for patients with uncontrolled blood pressure: still no better than a coin toss. *BMC Health Serv Res* 2012;12:270.
- Mata Cases M. Inercia terapéutica en el control glucémico de la diabetes mellitus tipo 2: inconvenientes y ventajas. *Hipertens Riesgo Vasc* 2012;29(Suppl 1):34-40.
- Kardas P, Lewek P, Matyjaszyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol* 2013;4:91.
- Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Schneeweiss S, Solomon DH, Berman C, et al. At Pitney Bowes, value-based insurance design cut copayments and increased drug adherence. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(11):1995-2001.
- Guénette L, Moisan J, Breton MC, Sirois C, Grégoire JP. Difficulty adhering to antidiabetic treatment: factors associated with persistence and compliance. *Diabetes Metab* 2013;39(3):250-7.
- Srivastava K, Arora A, Kataria A, Cappelleri JC, Sadosky A, Peterson AM. Impact of reducing dosing frequency on adherence to oral therapies: a literature review and meta-analysis. *Patient Prefer Adherence* 2013;7:419-34.
- Dezii CM, Kawabata H, Tran M. Effects of once-daily and twice-daily dosing on adherence with prescribed glipizide oral therapy for type 2 diabetes. *South Med J* 2002;95(1):68-71.
- Pollack MF, Purayidathil FW, Bolge SC, Williams SA. Patient-reported tolerability issues with oral antidiabetic agents: associations with adherence: treatment satisfaction and health-related quality of life. *Diabetes Res Clin Pract* 2010;87(2):204-10.
- O'Connor PJ, Sperl-Hillen JAM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical Inertia and Outpatient Medical Errors. In: Henriksen K, Battles JB, Marks ES, Lewin DI, editors. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation (Volume 2: Concepts and Methodology)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2005. p 293-308.
- Voorham J, Haaijer-Ruskamp FM, Stolk RP, Wolffenbuttel BH, Denig P; Groningen Initiative to Analyze Type 2 Diabetes Treatment Group. Influence of elevated cardiometabolic risk factor levels on treatment changes in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2008;31:501-3.
- Bolen SD, Bricker E, Samuels TA, Yeh HC, Marinopoulos SS, McGuire M, et al. Factors associated with intensification of oral diabetes medications in primary care provider-patient dyads: a cohort study. *Diabetes Care* 2009;32:25-31.
- Parchman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: The case of elevated glycosylated haemoglobin. *Ann Fam Med* 2007;5:196-201.
- Demonceau J, Ruppert T, Kristanto P, Hughes DA, Fargher E, Kardas P, et al.; ABC project team. Identification and assessment of adherence-enhancing interventions in studies assessing medication adherence through electronically compiled drug dosing histories: a systematic literature review and meta-analysis. *Drugs* 2013;73:545-62.
- Vervloet M, van Dijk L, de Bakker DH, Souverein PC, Santen-Reestman J, van Vlijmen B, et al. Short- and long-term effects of real-time medication monitoring with short message service (SMS) reminders for missed doses on the refill adherence of people with type 2 diabetes: evidence from a randomized controlled trial. *Diabet Med* 2014;31(7):821-8.
- Van Wyk JT, van Wijk MA, Sturkenboom MC, Mosseveld M, Moorman PW, van der Lei J. Electronic alerts versus on-demand decision support to improve dyslipidemia treatment: a cluster randomized controlled trial. *Circulation* 2008;117:371-8.

Proyecto INCANDA (INCumplimiento terapéutico en pacientes de edad AvaNzaDA)

Javier Díez Espino

Médico de familia. Centro de Salud de Tafalla (Navarra)

INTRODUCCIÓN

La población mundial envejece y, como han demostrado todos los estudios epidemiológicos, la prevalencia de la diabetes mellitus (DM) está íntimamente relacionada con la edad de la población.

En nuestro medio, el estudio Di@bet.es encontró una prevalencia global de DM del 13,8 %, pero en la población mayor de 75 años esta prevalencia era superior al 40 %. Por tanto, la consecuencia es lógica: en las consultas del médico cada día habrá más personas de edad avanzada con diabetes.

En los ancianos la adhesión al tratamiento disminuye por diversos factores, como la polifarmacia, las múltiples dosis, las prescripciones por diferentes médicos, la falta de percepción de gravedad, el deterioro de los sentidos, los problemas de memoria, la soledad, etc. La adhesión a un tratamiento único es superior a la de pautas más complejas¹. Se estima que la falta de adhesión al tratamiento farmacológico en los ancianos llega al 55 % y que hasta el 20 % de los fármacos prescritos no llegan a ser consumidos². Por otra parte, cuanto mayor es el nivel socioeconómico, mayor es la adherencia³. Un horario regular de comidas, probablemente por la asociación con las tomas de medicación, también favorece la adherencia al tratamiento⁴.

Estos son temas de extraordinaria importancia para el médico que, desde su consulta diaria, intenta ayudar a las personas con DM para que puedan tener la misma calidad de vida que el resto de la población. Por esto era necesario poner en marcha el Proyecto INCANDA (INCumplimiento terapéutico en pacientes de edad AvaNzaDA).

OBJETIVOS

El Proyecto INCANDA nació con el objetivo de conocer las opiniones de los facultativos respecto al incumplimiento de los pacientes diabéticos en edad avanzada.

Para alcanzarlo se han analizado los siguientes aspectos:

- Dificultades que se les presentan a los pacientes de este grupo de edad en el cumplimiento de los hábitos higiénico-dietéticos recomendados por los facultativos.
- Cumplimiento terapéutico en este perfil de paciente.
- Importancia del control de la hipercolesterolemia y la hipertensión arterial en pacientes diabéticos con edad avanzada.

METODOLOGÍA

El proyecto contó con la colaboración de una muestra representativa de médicos de Atención Primaria de diferentes comunidades autónomas, con el objeto de conocer la opinión de facultativos de toda España respecto a este tema.

El estudio que se llevó a cabo fue de carácter cuantitativo y se estructuró en dos fases, siguiendo la metodología Delphi. La recogida de datos se realizó a través de cuestionarios autocumplimentados por los propios facultativos.

A continuación, se expone un resumen del informe en el que se desglosan los ítems y comentarios.

LA PRESENCIA DE POLIPATOLOGÍA EN EL ANCIANO CON DIABETES MELLITUS FAVORECE UN MENOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD

La pluripatología es más frecuente en el anciano⁵. Su presencia tiene importantes repercusiones en la salud, requiere una atención sanitaria más frecuente, incrementa la probabilidad de necesitar ingreso hospitalario y de consumir fármacos, altera la calidad de vida, genera discapacidad y aumenta el riesgo de muerte⁶. La polimedicación se asocia a una mayor complejidad del manejo terapéutico e incrementa el riesgo de sufrir efectos adversos, de cometer erro-

res en la toma de fármacos y de disminuir la adherencia al tratamiento.

Se estima que la mitad de las medicaciones para enfermedades crónicas, entre ellas la DM, no se toma o se hace inadecuadamente. La gran mayoría de los facultativos están convencidos de que los ancianos pluripatológicos y, por tanto, polimedicados cumplen peor el tratamiento para la DM.

UNA MAYOR EDAD EN PACIENTES ANCIANOS SE ASOCIA CON UN MENOR CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 2

Se han descrito muchos factores en el anciano como causa de no adherencia al tratamiento, pero solo existen evidencias claras para el aumento de los médicos prescriptores, la polimedicación, la complejidad de la pauta posológica, la depresión y el deterioro cognitivo (tabla 1).

La edad avanzada, por sí sola, incluso en ausencia de otras enfermedades, se asocia con discapacidad, pero además hay cada vez más evidencia científica de que la DM se asocia con deterioro funcional e incapacidad⁷. Cuanto más avanzada es la edad del anciano, más se acentúa el impacto de estos factores en el cumplimiento, tal como reconocen la mayoría de los facultativos consultados.

Tabla 1. Motivos de incumplimiento del tratamiento en el anciano

- Pluripatología
- Enfermedades crónicas
- Elevado número de fármacos a ingerir
- Falta de conocimientos sobre la enfermedad
- Olvido, falta de memoria, trastornos cognitivos
- Nivel cultural
- Dificultad para comprender las explicaciones recibidas sobre el tratamiento
- Complejidad del régimen terapéutico (vía de administración, dosis, etc.)
- Efectos adversos
- Falta de interés o motivación

EN EL ANCIANO, LOS OLVIDOS DE DOSIS DE MEDICAMENTOS SON FRECUENTES

Los olvidos son, junto con la falta de conocimientos, dos de los principales motivos de incumplimiento del tratamiento⁸.

Entre los facultativos existe prácticamente unanimidad en considerar que el paciente anciano olvida con mayor fre-

cuencia las instrucciones del médico cuanto más avanzada es su edad y el número de medicamentos prescritos.

UN PORCENTAJE IMPORTANTE DE LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO CON INSULINA EMPLEA UNA DOSIS INFERIOR A LA PRESCRITA POR SU MÉDICO

El anciano debe ser considerado un paciente de riesgo a la hora de iniciar una insulización. Por ello, hay que valorar cuidadosamente los criterios que llevan a instaurar la terapia con insulina, garantizar una educación diabetológica adaptada al anciano y prescribir aquellas insulinas que, por su sistema de aplicación y por su farmacocinética, generen menos errores en la administración y ocasionen menos hipoglucemias y menos variabilidad.

Aproximadamente la mitad de los médicos consultados cree que un porcentaje importante de los pacientes en tratamiento con insulina utiliza dosis inferiores a las prescritas, con mal control de los niveles glucémicos y el riesgo de sufrir crisis hiperglucémicas.

LOS DIABÉTICOS DE EDAD AVANZADA TIENEN DIFICULTADES PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LA MODIFICACIÓN DE LA DOSIS DE INSULINA EN FUNCIÓN DE LOS RESULTADOS DE GLUCEMIA CAPILAR

Tener que inyectarse la insulina, decidir qué dosis administrarse en cada comida en función del valor de la glucemia capilar del momento, hacer el cálculo de los hidratos de carbono que van a ingerir y prever la actividad física que realizarán más tarde pueden ser tareas complicadas para muchos ancianos⁹.

Entre los facultativos, existe unanimidad respecto al hecho de que el autocontrol de la glucemia y la modificación de las dosis de insulina en función de los resultados pueden entrañar dificultades en el paciente anciano.

EL MIEDO A LA HIPOGLUCEMIA ES UNA CAUSA FRECUENTE DE UNA ADHESIÓN MENOR AL TRATAMIENTO PRESCRITO

Las hipoglucemias son el principal efecto secundario del tratamiento de la DM en los ancianos, dada su mayor predisposición a padecerlas y por sus graves consecuencias en ellos (pérdida de calidad de vida, caídas, fracturas, deterioro cognitivo, episodios cardiovasculares).

El estudio GAPP¹⁰ concluyó que el 67 % de los pacientes diabéticos tratados con insulina temen sufrir un episodio hipoglucémico y que alrededor del 75 % de los médicos administrarían el tratamiento para acercarse más a la hemoglobina glucosilada recomendada si no fuera por el temor a eventos hipoglucémicos importantes.

Alrededor del 90 % de los médicos consultados cree que el miedo a la hipoglucemia hace que algunos pacientes no se tomen la medicación necesaria para alcanzar el nivel de control glucémico que les permitiría reducir las complicaciones a largo plazo de la enfermedad.

EN EL ANCIANO CON DIABETES ES MÁS FRECUENTE LA SOBREDOSIFICACIÓN INVOLUNTARIA QUE EN POBLACIÓN MÁS JOVEN

Los olvidos y las dificultades para comprender las indicaciones del médico sobre la pauta posológica que han de seguir son más frecuentes en los pacientes ancianos que en los más jóvenes. Una de las consecuencias de los olvidos (que pueden conducir a la repetición de la toma de la medicación) y de los errores en la pauta posológica es, sin duda, la sobredosificación.

Es lógico, por tanto, y así lo creen la mayoría de los encuestados, que la sobredosificación involuntaria se produzca con más frecuencia en la población anciana con diabetes.

LOS PACIENTES ANCIANOS QUE TOMAN VARIOS MEDICAMENTOS PARA LA DIABETES MELLITUS TIENEN UN MENOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO QUE LOS QUE TOMAN SOLO UNO

Un estudio realizado en pacientes con enfermedades crónicas polimedicados puso de relieve que, entre los mayores de 65 años, el 75 % de los que tenían prescrito un medicamento afirmaban tomarlo, el 68 % de los que tenían dos, el 54 % de los que tenían tres y el 35 % de los que tenían cuatro, reduciéndose progresivamente el porcentaje hasta el 10 % entre los que tenían nueve medicamentos¹¹.

No parece relevante si los múltiples fármacos tomados son para la misma enfermedad o para enfermedades distintas; lo importante (y así parecen creerlo también los expertos preguntados) es que la necesidad de tomar varios fármacos determina un peor cumplimiento.

UN MAYOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA DIABETES MELLITUS DISMINUYE LAS COMPLICACIONES Y LOS INGRESOS HOSPITALARIOS

Mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes puede tener una repercusión mucho más grande sobre la salud de la población que cualquier mejora de los tratamientos médicos específicos¹².

En el caso de la DM, está claramente demostrado (y así lo creen la mayoría de los facultativos) que los pacientes que cumplen el tratamiento indicado presentan mejor control de su enfermedad, menos complicaciones micro y macrovasculares, menor riesgo de ser hospitalizados y menor mortalidad global.

CUANTO MAYOR ES EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO ANTIDIABÉTICO, MENORES SON LOS COSTES ASOCIADOS A LA ENFERMEDAD

El objetivo principal del tratamiento de la DM es evitar las complicaciones agudas y crónicas. Un cumplimiento terapéutico deficiente a largo plazo se traduce en bajos resultados de salud y en un aumento de los costes sanitarios.

El 40 % del coste de la DM tiene que ver con las complicaciones que la enfermedad mal controlada acaba provocando en los pacientes. Las hipoglucemias son una de las complicaciones de la DM que son evitables con un control adecuado.

La gran mayoría de los profesionales encuestados estiman que en los pacientes diabéticos con buen cumplimiento terapéutico se reducen los costes sanitarios en general, principalmente asociados a la reducción de los ingresos hospitalarios (al disminuir la aparición de complicaciones).

LOS CAMBIOS EN LOS HÁBITOS DE VIDA SON MÁS DIFÍCILES EN EL ANCIANO

La educación diabetológica es fundamental a la hora de promover cambios en el estilo de vida de los pacientes con DM, principalmente en la alimentación y en la actividad física. Sin embargo, hasta muy recientemente no han empezado a desarrollarse programas específicos para pacientes de edad avanzada y sus cuidadores.

El estudio DAWN¹³ mostró que el cumplimiento terapéutico en la DM no es óptimo, pero que es mejor el cum-

plimiento del tratamiento farmacológico que el de la terapia nutricional y el ejercicio físico.

Con la edad aparece un declive en la capacidad de adaptación y también dificultades para procesar nueva información, por lo que no es de extrañar que de forma prácticamente unánime los facultativos piensen que lograr que los ancianos introduzcan cambios en su estilo de vida es más difícil que hacerlo en la población más joven.

UN MENOR CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 2 SE TRADUCE EN UN PEOR CONTROL METABÓLICO Y DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Un buen control metabólico evita los síntomas de la hiperglucemia, mejora la calidad de vida mediante la prevención de las complicaciones micro y macrovasculares y prolonga la supervivencia¹⁴.

De forma unánime, el incumplimiento del tratamiento en la DM es considerado como una de las causas principales de la falta de control de la enfermedad y de los factores de riesgo cardiovascular que coexisten muy frecuentemente en los pacientes diabéticos.

EL EMPLEO DE PASTILLEROS/RECORDATORIOS FAVORECE EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO EN LAS PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DE EDAD AVANZADA

Realizar tarjetas calendario y utilizar pastilleros para el manejo de la medicación son medidas propuestas por numerosos autores para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

Generalmente, los pacientes diabéticos de edad avanzada están polimedicados, por lo que todos los facultativos parecen estar de acuerdo en que el uso de pastilleros o recordatorios es muy importante para mejorar el cumplimiento (tabla 2).

EL FALLO DE ASISTENCIA A LAS CONSULTAS MÉDICAS O DE ENFERMERÍA ES UN INDICADOR DE BAJO CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

El pilar fundamental para asegurar un buen cumplimiento es una buena relación médico-paciente que facilite la comunicación y genere confianza.

Tabla 2. Intervenciones para aumentar la adherencia

- Si un paciente presenta falta de adherencia, indagar si es intencionada o no
- Analizar las creencias y preocupaciones del paciente sobre su medicación
- Las intervenciones deben ir dirigidas a los problemas específicos detectados, y pueden incluir:
 - Sugerir a los pacientes que lleven un registro de las tomas de la medicación
 - Hacer partícipe al paciente en la monitorización de su enfermedad
 - Simplificar el régimen posológico
 - Cambiar el envasado de los medicamentos
 - Utilizar pastilleros, sistemas personalizados de dosificación, etc.
- Si el problema son los efectos adversos:
 - Discutir con el paciente sobre los beneficios y efectos adversos, así como los efectos a largo plazo de la medicación, y sobre las preferencias del paciente a la hora de manejar los efectos adversos
 - Considerar el ajuste de dosis, el cambio a otro medicamento y otras estrategias, como el cambio en la hora de la administración
- Preguntar al paciente si el coste de la medicación le supone un problema y considerar opciones para reducirlo

Los cuidados continuos son esenciales para el tratamiento de todos los pacientes con DM. Por ello, es fundamental programar un calendario de visitas periódicas de control con el médico o el personal de enfermería adecuado al grado de control y necesidades del paciente.

Cuanto más frecuentes son las visitas, mejor es el control y cumplimiento. Por esta razón, la gran mayoría de los participantes consultados opinan que el fallo en la asistencia a las consultas médicas o de enfermería es un indicador de bajo cumplimiento del tratamiento.

LA FALTA DE PERCEPCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL MAL CONTROL METABÓLICO DE LA DIABETES MELLITUS PUEDE FAVORECER EL INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL PACIENTE ANCIANO

El paciente toma las decisiones sobre su medicación considerando factores personales relativos a sus creencias sobre la salud, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o sobre la manera como considera que debe hacerle frente. La percepción de riesgos es importante para lograr cambios de estilo de vida y un buen cumplimiento del tratamiento pres-

crito en el paciente con DM. En este sentido, en el Proyecto Diálogo, los resultados mostraron que el 43 % de los pacientes diabéticos desconocía cuál era su riesgo cardiovascular y un 6 % lo calificaba de bajo.

La mayoría de los facultativos coinciden en la convicción de que, si el paciente no percibe la gravedad del mal control metabólico de la DM, es mucho más probable que no cumpla adecuadamente las indicaciones de su médico, tanto respecto a las medidas no farmacológicas como al tratamiento farmacológico.

LOS DIFERENTES ESTUDIOS OBSERVAN PORCENTAJES SIMILARES DE CUMPLIMIENTO EN LOS DIABÉTICOS EN FUNCIÓN DEL SEXO

Los datos que se conocen de estudios que han valorado el género como posible determinante del cumplimiento son contradictorios, si bien parece observarse una tendencia al mejor cumplimiento entre las mujeres, quizá porque se toman la enfermedad más seriamente, comunican un mayor impacto de esta en su calidad de vida y están más dispuestas a implicarse en su autocuidado, siguiendo las medidas necesarias para un buen control de su enfermedad y acudiendo a las visitas de seguimiento con el médico o enfermera, mientras que los varones dependen más del apoyo familiar¹⁵.

El poco interés o conocimiento que revelan las respuestas de los médicos encuestados va en esa misma dirección.

EN UN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, SOBREPESO Y LIGERA INSUFICIENCIA RENAL, EL SEGUIMIENTO DE UNA DIETA RESTRICTIVA EN PROTEÍNAS ES BÁSICO Y SU INCUMPLIMIENTO PUEDE AUMENTAR LA SARCOPENIA (PÉRDIDA DE MASA MUSCULAR)

El término sarcopenia hace referencia a la pérdida de masa y potencia muscular que ocurre durante el envejecimiento y contribuye en gran medida a la discapacidad y la pérdida de independencia del anciano. Además, la disminución de la masa muscular se acompaña de otros cambios en la composición corporal, como un incremento progresivo de la masa grasa. Numerosos estudios han puesto de manifiesto la asociación entre el consumo elevado de proteínas (> 20 % del valor calórico total) y la aparición o progre-

sión de la nefropatía, mientras que la restricción proteica moderada (0,6-0,8 g/kg/día) detiene e incluso revierte la microalbuminuria.

Sin embargo, algunas evidencias sugieren que las actuales recomendaciones de ingesta diaria de proteínas (0,8 g/kg/día) no son suficientes para mantener la masa muscular del anciano y podrían causar sarcopenia¹⁶. Se trata, pues, de un delicado equilibrio que requiere un abordaje individualizado y un control riguroso de cada paciente.

La mayoría de los facultativos preguntados se muestran de acuerdo en que, en un paciente anciano con DM tipo 2 (DM2) con sobrepeso y ligera insuficiencia renal, el seguimiento de una dieta restrictiva en proteínas es básico y su incumplimiento puede aumentar la sarcopenia.

NO ALCANZAR EL OBJETIVO DE CONTROL DE UNA HEMOGLOBINA GLUCOSILADA < 7 % EN UN PACIENTE ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y CON DISCAPACIDADES (FÍSICAS O PSÍQUICAS) PUEDE ESTAR OCASIONADO POR LA INERCIA TERAPÉUTICA DEL PROFESIONAL SANITARIO A LA HORA DE EFECTUAR LA PRESCRIPCIÓN

La inercia terapéutica es una de las principales causas de control glucémico deficiente en los pacientes con DM2 y puede impedir los beneficios de un tratamiento adecuado. Sin embargo, aspectos como las características clínicas, el cumplimiento e incluso las preferencias del paciente pueden aconsejar la no intensificación del tratamiento.

Es necesaria una individualización de los objetivos glucémicos en el anciano según el grado de dependencia, funcionalidad, fragilidad, comorbilidad, alteración cognitiva/demencia o esperanza de vida, riesgo cardiovascular, historia de hipoglucemias y complicaciones microvasculares.

La inercia terapéutica es un problema generalizado en el manejo de las enfermedades crónicas, pero si el paciente es anciano y presenta discapacidades (sean físicas o psíquicas), y el médico percibe que su expectativa de vida es baja, es posible que esta inercia terapéutica se acentúe. Así parecen creerlo dos tercios de los encuestados, a pesar de que se dispone de suficientes guías clínicas para el manejo de la DM en el anciano.

EN EL ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, LAS RECOMENDACIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA ADAPTADA NO SIRVEN PARA MEJORAR LOS CONTROLES GLUCÉMICOS Y DISMINUIR LA MORTALIDAD CARDIOVASCULAR

Existen evidencias sobre la utilidad de programas adaptados de ejercicio físico de resistencia, con o sin ejercicio aeróbico complementario, en población anciana tanto para la prevención de la sarcopenia, de las caídas y del deterioro funcional, como para la mejoría del control glucémico y de la calidad de vida.

A menudo se considera que los ancianos no se benefician de programas de ejercicio físico intenso, que no pueden realizarlos o que no tienen una buena adherencia a ellos, pero estas creencias carecen de fundamento experimental y no son compartidas por aproximadamente el 75 % de los médicos consultados.

UN BUEN CONTROL DE LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN EL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO ES NECESARIO, YA QUE ES MENOS EFECTIVO QUE EL CONTROL DE LA GLUCEMIA

La hipercolesterolemia es uno de los factores de riesgo cardiovascular modificables en los que más se puede influir y cuya normalización comportaría un gran beneficio socio-sanitario, al disminuir la tasa de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular¹⁷.

Más del 75 % de los facultativos encuestados consideran que la hipercolesterolemia en el paciente anciano frágil con DM2 debe tratarse, ya que es un determinante importante del riesgo cardiovascular.

UN BUEN CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL PACIENTE ANCIANO FRÁGIL CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 NO ES NECESARIO, YA QUE ES MENOS EFECTIVO QUE EL CONTROL DE LA GLUCEMIA

Los beneficios del control tensional en el paciente con DM son incontestables. En diversos estudios epidemiológicos se ha podido comprobar que aproximadamente entre

un 40 % y un 60 % de los diabéticos padecen hipertensión arterial.

Entre los facultativos, existe un amplio acuerdo sobre la necesidad de controlar los niveles de presión arterial en el paciente anciano frágil con DM2.

LA METFORMINA ESTÁ CONTRAINDICADA EN ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CON UN FILTRADO GLOMERULAR < 30 ML/MIN. SU INCUMPLIMIENTO PUEDE TENER CONSECUENCIAS POTENCIALMENTE GRAVES

La metformina constituye la base del tratamiento de la DM2 en cualquier grupo de edad, incluidos los pacientes de edad avanzada.

Según su ficha técnica, la metformina está contraindicada en pacientes con filtrado glomerular < 60 ml/min, pero parece demostrado que su utilización es segura en individuos con filtrado glomerular entre 30 y 60 ml/min, aunque en estos casos es necesario ajustar las dosis. También debe evitarse su uso en situaciones de enfermedad aguda intercurrente, insuficiencia hepática o si es necesaria la administración de contrastes yodados o existe riesgo de insuficiencia renal funcional (vómitos, diarrea).

Todos estos datos no parecen despertar dudas a los encuestados, habida cuenta de que la gran mayoría se muestra de acuerdo con la contraindicación de metformina en pacientes ancianos con DM2 y filtrado glomerular < 30 ml/min.

LAS SULFONILUREAS PRESENTAN MÚLTIPLES INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS CON SALICILATOS, DICUMARÍNICOS, SULFONAMIDAS, FIBRATOS, ALOPURINOL, METOTREXATO, DIURÉTICOS, BETABLOQUEANTES, CORTICOIDES, ETC., LO QUE COMPLICA SU USO EN LOS ANCIANOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 POLIMEDICADOS

Las sulfonilureas están indicadas en diabéticos que conservan una cierta función de la célula β y no presentan sobrepeso o en aquellos que muestren contraindicación o intolerancia a la metformina. Inducen ganancia de peso y su uso está limitado en presencia de insuficiencia renal por el elevado riesgo de hipoglucemia.

Presentan múltiples interacciones medicamentosas, lo que complica su uso en pacientes polimedicados (tabla 3), y así lo creen unánimemente los profesionales encuestados.

Tabla 3. Principales interacciones de las sulfonilureas

Fármaco	Mecanismos
Diuréticos tiazídicos, de alta eficacia y diazóxido	Inhiben la liberación de insulina
Glucocorticoides	Actividad hiperglucemiante intrínseca
Rifampicina	Inducción enzimática
Fenobarbital	Inducción enzimática
Betaadrenérgicos	Aumento de glucogenólisis y gluconeogénesis
Sulfonamidas	Desplazamiento del transportador (albúmina)
Hidantoínas	Inhiben la liberación de insulina

EN EL PACIENTE DE AVANZADA EDAD CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, LAS HIPOGLUCEMIAS NO SE ASOCIAN CON DETERIORO COGNITIVO, A DIFERENCIA DE LO QUE OCURRE EN LOS PACIENTES MÁS JÓVENES

Las hipoglucemias son el principal efecto secundario del tratamiento de la DM en los ancianos, dada su mayor predisposición a padecerlas, su menor reconocimiento de ellas y sus graves consecuencias en esta población, entre las que se encuentra, sin duda, el deterioro cognitivo. La hipoglucemia asociada al tratamiento de la DM2 con fármacos secretagogos (sulfonilureas, glinidas) o con insulina es más frecuente y a menudo más grave en los ancianos, y tiene consecuencias potencialmente más graves.

Existe una relación bidireccional entre hipoglucemia y demencia. Por un lado, el riesgo de hipoglucemia grave es mayor en pacientes con demencia y, además, los pacientes con hipoglucemias graves de repetición tienen más riesgo de desarrollar demencia.

LAS CONSECUENCIAS DEL INCUMPLIMIENTO DE SEGUIR FUMANDO EN LAS PERSONAS MAYORES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 YA NO SON IMPORTANTES

Un gran número de estudios clínicos y experimentales han encontrado pruebas de que hay una asociación impor-

tante entre el consumo de tabaco, el control de la glucosa en sangre y las complicaciones diabéticas.

Las evidencias son tan claras que solo algo más del 10 % de los profesionales preguntados se muestran de acuerdo con la afirmación de que las consecuencias del incumplimiento de seguir fumando en las personas mayores con DM2 ya no son importantes.

DE FORMA GENERAL, LOS MÉDICOS NO SUELEN VALORAR LA PRESENCIA DE UN INCUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO ANTE UN DIABÉTICO DE EDAD AVANZADA

Puesto que numerosas evidencias indican que la falta de adherencia, intencionada o no, es un problema en las personas mayores, el paciente anciano polimedicado debe ser considerado diana de actuación, y en él conviene aplicar periódicamente métodos de detección del incumplimiento para descubrir errores en la prescripción y reforzar actitudes correctas que mejoren la adherencia¹⁸.

Aproximadamente un 20 % de los encuestados consideran que el médico no actúa adecuadamente y que, con frecuencia, no valora la existencia de incumplimiento terapéutico en los pacientes diabéticos de edad avanzada.

HABITUALMENTE, EL MÉDICO, MEDIANTE SU PROPIO JUICIO CLÍNICO, PUEDE DETECTAR SI EL DIABÉTICO DE EDAD AVANZADA INCUMPLE EL TRATAMIENTO SIN NECESIDAD DE UTILIZAR NINGÚN OTRO MÉTODO DE MEDIDA

Aunque se han descrito diversas intervenciones para mejorar la adherencia, con la evidencia disponible no se puede recomendar una intervención específica que sirva en todos los casos. Varios estudios han constatado que el juicio clínico es un método sencillo pero inexacto, y que existe una baja correlación entre la estimación de los médicos del cumplimiento y la adherencia real de los enfermos¹⁸.

Algunos médicos creen que mediante su propio juicio clínico pueden detectar el incumplimiento, pero la mayoría se muestra en desacuerdo, considerando, por tanto, la necesidad de recurrir a los métodos de medida disponibles.

PARA MEDIR EL INCUMPLIMIENTO EN EL ANCIANO CON DIABETES MELLITUS TIPO 2, EL PRIMER TEST DEBE SER SIEMPRE UN MÉTODO INDIRECTO BASADO EN LA ENTREVISTA CLÍNICA O EL CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO

Los métodos indirectos valoran las conductas y los conocimientos sobre la enfermedad y el tratamiento que tienen los pacientes. Son sencillos, económicos y los más adecuados cuando la población que se ha de valorar es amplia, pero son poco objetivos, ya que la información que utilizan suele provenir del propio enfermo, de un familiar o del médico, lo que hace que, en general, sobreestimen la adherencia al tratamiento.

Son muy fiables si el enfermo se confiesa mal cumplidor, pero cuando se comparan con otros métodos más exactos, se comprueba que un número importante de enfermos que aseguran tomar la medicación no dicen la verdad. A pesar de ello, la mayoría de los médicos consideran que estos test deben ser la primera opción al valorar el cumplimiento de los pacientes.

EL RECuento DE COMPRIMIDOS ES UN MÉTODO VALIDADO PARA MEDIR EL CUMPLIMIENTO TERAPÉUTICO EN EL DIABÉTICO ANCIANO

El recuento de comprimidos es un método objetivo indirecto validado que se basa en el recuento de la medicación que queda en el envase que se ha prescrito al paciente y que este debe aportar en la visita siguiente. En los ancianos puede subestimar la adherencia, ya que tienden a retirar las recetas de la farmacia antes de que se les acabe la medicación y acumular en el domicilio más comprimidos de los que necesitan¹¹.

A pesar de estos sesgos e imprecisiones, la mayoría de los facultativos consultados opinan que es un buen método para medir el grado de cumplimiento terapéutico en el paciente anciano.

LA ESTRATEGIA INDIVIDUAL MÁS EFICAZ, DE FORMA GENERAL, PARA DISMINUIR EL INCUMPLIMIENTO ES LA SIMPLIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO GLOBAL DEL DIABÉTICO DE EDAD AVANZADA

La complejidad del tratamiento es una variable asociada a un peor cumplimiento, y la DM es un ejemplo claro de

tratamiento autoadministrado complejo, más aún si se tiene en cuenta que la mayoría de los diabéticos presentan otras patologías concomitantes que requieren medicación, y todo ello es especialmente cierto en el caso del anciano.

Minimizar el número de fármacos prescritos y simplificar la pauta posológica son factores clave para reducir las tasas de incumplimiento terapéutico y es la intervención que cuenta con mayores evidencias de eficacia.

Así lo señalan todos los estudios que han valorado las estrategias para mejorar el cumplimiento y así lo creen la inmensa mayoría de los médicos preguntados.

UN SISTEMA DE RECUERDO DE LA TOMA DE LA MEDICACIÓN ANTIDIABÉTICA MEDIANTE TELEFONÍA O CARTAS O LA INTERVENCIÓN TELEFÓNICA POR PARTE DE ENFERMERÍA MEJORAN EL CUMPLIMIENTO EN LA DIABETES MELLITUS EN PERSONAS DE EDAD AVANZADA

Entre las intervenciones sobre el comportamiento de los pacientes para mejorar el cumplimiento, las más comunes ofrecen al paciente recordatorios, por correo, por teléfono, a través del ordenador o de visitas a domicilio.

En este sentido, la participación del personal de enfermería es especialmente relevante, ya que la consulta de enfermería constituye un entorno ideal para la obtención de información sobre miedos y reticencias culturales o individuales de cada paciente.

La mayoría de los facultativos se muestran de acuerdo sobre el impacto positivo de un sistema de recuerdo de la toma de la medicación antidiabética sobre el grado de cumplimiento en pacientes ancianos con DM.

CONCLUSIONES

Los médicos participantes tienen una idea muy clara de las limitaciones que presenta el anciano para lidiar con una enfermedad como la DM en un contexto de polipatología y polifarmacia, así como de la dificultad para conseguir el cumplimiento terapéutico tanto farmacológico como no farmacológico deseable. En este último aspecto se valora la importancia de la simplificación del tratamiento, de los sistemas de recuerdo de toma de medicación y citas, así como el uso de todo tipo de recursos que contribuyan a reducir los olvidos de la toma del tratamiento farmacológico y conocer

su magnitud. También destaca la escasa sensación de gravedad percibida por los pacientes con diabetes. Sin embargo, sorprende la fe de los profesionales en su propio criterio y en la pregunta directa al paciente como método de valoración del cumplimiento. El trabajo en equipo y el papel de enfermería se consideran cruciales.

Por otra parte, son conscientes de los beneficios del buen control de la glucemia, la hiperlipemia y la hipertensión o el cese del hábito tabáquico, individualizando los objetivos según las características del paciente y de la necesidad de evitar los efectos adversos del tratamiento farmacológico, como la hipoglucemia o la hipotensión, o el riesgo del empleo de los fármacos en situaciones especiales como

enfermedades intercurrentes o el deterioro de la función renal. Pero probablemente en muchas ocasiones la sobrevaloración de estos riesgos lleva a no realizar, por parte del médico, una prescripción o intensificación del tratamiento cuando es preciso y útil, o a reducir el tratamiento prescrito en el caso del paciente. También son mayoritarias las repuestas favorables en lo que respecta a la valoración de la importancia del ejercicio físico, tanto aeróbico como de resistencia, y de una adecuada nutrición proteico/calórica en el anciano.

En definitiva, se define de una forma muy realista el panorama del tratamiento de la diabetes en el paciente anciano y las dificultades para su adecuado control.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delamater AM. Improving patient adherence. *Clin Diabetes* 2006;24:71-7.
2. McElnay JC, McCalion CR, al-Deagi F, Scott M. Self-reported medication non-compliance in the elderly. *Eur J Clin Pharmacol* 1997;53:171-8.
3. Diehl AK, Bauer RL, Sugarek NJ. Correlates of medication compliance in non-insulin-dependent diabetes mellitus. *South Med J* 1987;80:332-5.
4. Park KA, Kim JG, Kim BW, Kam S, Kim KY, Ha SW, et al. Factors that affect medication adherence in elderly patients with diabetes mellitus. *Korean Diabetes J* 2010;34:55-65.
5. Buitrago Ramírez F. Métodos de medida de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos, ancianos o polimedicados. *Atención Primaria* 2013;45:19-20.
6. Rivas Costa G, Domínguez Berjón ME, Astray Mochales J, Gènova Maleras R, Rodríguez Laso A, Esteban Vassallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid, 2007. *Rev Esp Salud Pública* 2009;83:835-46.
7. Castro Rodríguez M, García Ramírez ME, Manzarbeitia Arambarri J. Diabetes mellitus. En: Tratado de geriatría para residentes. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2002. pp. 589-604.
8. Castellano Muñoz P, Miranda Ruiz A, Sojo González G, Perea Milla E, García Alegría JJ, Santos Rubio MD. Adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes ancianos tras el alta hospitalaria. *Enferm Clin* 2008;18:120-6.
9. Seguí Díaz M. Insulinización en el anciano con diabetes. *Av Diabetol* 2010;26:320-5.
10. Global Attitudes of Patients and Physicians in Insulin Therapy (GAPP) Survey, Novo Nordisk, 2010. Disponible en: www.novonordisk.com/include/asp/exe_news_attachment.asp?sAttachmentGUID=94a95203-4761-49ca-862d-97fb1ee4368e.
11. Leal Hernández M, Abellán Alemán J, Casa Pina MT, Martínez Crespo J. Paciente polimedicado: ¿conoce la posología de la medicación?, ¿afirma tomarla correctamente? *Aten Primaria* 2004;33:451-6.
12. Jansà M, Vidal M. Importancia del cumplimiento terapéutico en la diabetes mellitus. *Av Diabetol* 2009;25:55-61.
13. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Mathewa DR, Skovlund SE. Psychological problems and barriers to improved diabetes management. Results of the Cross National Diabetes, Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabet Med* 2005;22:1379-85.
14. 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(3):134.e1-12.
15. Mosnier-Pudar H, Hochberg G, Eschwege E, Virally ML, Halimi S, Guillausseau PJ, et al. How do patients with type 2 diabetes perceive their disease? Insights from the French DIABASIS survey. *Diabetes Metab* 2009;35:220-7.
16. Burgos Peláez R. Enfoque terapéutico global de la sarcopenia. *Nutr Hosp* 2006;21(Supl 3):51-60.
17. Law M, Wald NJ. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration. *Lancet* 2005;366(9493):1267-78.
18. Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. *InfTer Sist Nac Salud* 2004;28:113-20.

Estudio INERCIÓMETRO (Inercia en el Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2)

Rosario Iglesias González¹, Lourdes Barutell Rubio², Marta Rodríguez de Miguel³, M.^a Luisa Orera Peña³

¹ Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Pedro Laín Entralgo. Madrid.

² Médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Andrés Mellado. Madrid.

Miembros de la red de Grupos de Estudio para la Diabetes en Atención Primaria de Salud (RedGDPS) y del Grupo de Trabajo de Diabetes de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria (SoMaMFyC).

³ Departamento Médico Abbott Laboratories

La **inercia terapéutica** fue definida en el año 2001 por L. S. Phillips como «la falta de inicio o intensificación del tratamiento de una enfermedad o factor de riesgo, cuando está indicado»¹. El término **inercia clínica** se refiere a la inercia en cualquier momento del proceso de atención al paciente: en el diagnóstico, en el seguimiento, etc.

Aunque la definición de Phillips se centraba exclusivamente en los médicos, podría hacerse extensible a todos los profesionales sanitarios en sus respectivos ámbitos de actuación. Es decir, la inercia se produce cuando los proveedores de atención de la salud reconocen el problema (objetivos de control no alcanzados), pero no actúan para iniciar o intensificar el tratamiento. Es de mayor relevancia en el caso de las enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipercolesterolemia o la hipertensión arterial, donde el tiempo de evolución es largo y en muchas ocasiones la alteración de un parámetro no siempre se acompaña de síntomas.

Debido a la falta de datos en nuestro entorno, el estudio INERCIÓMETRO (Inercia en el Manejo de la Diabetes Mellitus Tipo 2) se ha realizado para conocer el grado de inercia terapéutica en nuestro país en el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2), tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, estudiar la práctica habitual en el tratamiento de la DM2 y concienciar al clínico de su existencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Se trata de un estudio ecológico, descriptivo, transversal y multicéntrico, no aleatorizado, que utiliza metodología Delphi. El método Delphi es una técnica de consenso, mediante encuesta, que permite explorar y unificar las opiniones de un grupo profesional sobre un tema de interés (en nuestro

caso, profesionales sanitarios implicados en el proceso asistencial del paciente con DM2).

Fases del estudio

El estudio fue dividido en cuatro fases:

- 1) Creación de un comité científico multidisciplinar* (atención primaria, endocrinología y medicina interna) para revisión bibliográfica, el diseño del protocolo del estudio y la formulación de un cuestionario sobre actuación en casos clínicos de pacientes con DM2 (15 ítems) y temas relacionados con la inercia terapéutica (7 ítems).
- 2) Selección de un panel de médicos de Atención Primaria y Especializada con experiencia en este campo.
- 3) Encuesta Delphi en dos rondas, enviada por correo electrónico a los participantes.
- 4) Análisis y discusión de los resultados finales por el comité científico.

Elaboración del cuestionario

El comité científico se conformó con representantes de cada uno de los principales colectivos profesionales implicados en el manejo clínico de la DM2 (Atención Primaria, Medicina Interna y Endocrinología) y un asesor metodológico, y se procedió a la revisión bibliográfica y a la elaboración de un cuestionario con 22 ítems agrupados en dos áreas temáticas: resolución de casos clínicos e inercia terapéutica.

Selección de los participantes

Los investigadores de la primera oleada se reclutaron mediante el envío de un correo electrónico a los 36 276 médicos inscritos en la base de datos de Medynet. Se incluyeron médicos de Atención Primaria, Medicina Interna y Endocrinología

que ejercían su actividad en el territorio nacional y que tenían responsabilidad asistencial sobre pacientes con diabetes.

Tamaño y distribución de la muestra

Por tratarse de un estudio cualitativo, no se fijó el número de investigadores seleccionados en función del error probabilístico. El tamaño de la muestra de la primera fase quedó determinado por el número de respuestas obtenidas mediante *e-mailing* a los médicos y que resultó en 523 investigadores. Se solicitó la participación de los profesionales de forma no aleatorizada, manteniendo una estratificación geográfica acorde a la distribución del universo en el territorio nacional.

En la segunda fase, se seleccionaron 150 investigadores, que tuvieron acceso a los resultados obtenidos en la primera ronda y, una vez conocidos, completaron una versión ampliada del primer cuestionario, que fue de nuevo analizada estadísticamente para conocer el consenso final.

Características de los participantes

En la primera ronda se obtuvo la colaboración de 523 médicos investigadores repartidos por todo el territorio nacional, de los que el 64 % eran varones. El 81 % de los participantes en el estudio tenían entre 41 y 60 años y prácticamente en su totalidad eran de nacionalidad española, pues tan solo un 2 % eran extranjeros. El tiempo que llevaban ejerciendo la profesión fue, de media, 23 años (mínimo 2 años; máximo 44 años). El 75 % eran médicos de Atención Primaria y el 68 % indicaron pertenecer a alguna sociedad científica.

En la segunda oleada del estudio se obtuvo la colaboración de 146 médicos investigadores, de los 150 iniciales, repartidos por todo el territorio nacional, de los que el 75 % eran varones. El 76 % de los participantes tenía entre 41 y 60 años. El porcentaje de médicos de Atención Primaria disminuyó a 55 %, con aumento de los especialistas en Endocrinología. El resto de las características eran prácticamente similares a las de los participantes incluidos en la primera ronda.

Análisis estadístico

La explotación de la base de datos creada se analizó con el programa estadístico SPSS 15.0.

Se realizó un análisis descriptivo, utilizando la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas, y las frecuencias y los porcentajes para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Ítems sobre casos clínicos

Diagnóstico de diabetes

Se planteó el caso de un paciente que cumplía criterios diagnósticos de diabetes según la American Diabetes Association².

En la primera ronda, el 98 % de los investigadores estuvo de acuerdo en que, con los datos ofrecidos, se debía diagnosticar al paciente de diabetes. En la segunda, todos los investigadores indicaron dicha opción.

Paciente joven, recién diagnosticado

En relación con los objetivos de control, el 52 % de los investigadores en la primera oleada y el 72 % en la segunda indicaron que el objetivo de control de la hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) debería ser inferior a 6,5 %.

En cuanto al seguimiento, el 87 % de los investigadores en la primera ronda y el 98 % en la segunda señalaron que volverían a realizar un control analítico a los tres meses para comprobar si las medidas tomadas eran suficientes.

A la hora de plantear el tratamiento con metformina en este tipo de paciente, cerca del 80 % de los investigadores participantes en la primera ronda y el 94 % en la segunda se mostraron «de acuerdo» o «totalmente de acuerdo» con la indicación.

Paciente joven insulinizado, con más de 10 años de evolución y complicaciones cardiovasculares establecidas

En la primera oleada, el 41 % de los investigadores consultados realizarían un cambio de actitud terapéutica a partir de un valor de 7 % en la HbA_{1c}, y el 36 % a partir de 7,5 % en este mismo parámetro. En la segunda oleada, estos porcentajes fueron del 62 % y del 29 %, respectivamente.

El 71 % de los investigadores consultados en la primera ronda y el 94 % en la segunda consideran que el **factor limitante** para la optimización del tratamiento insulínico en este tipo de pacientes son fundamentalmente las hipoglucemias.

Paciente muy anciano (> 85 años) y con mala calidad de vida

La mayoría de los participantes (87 % en la segunda oleada) consideraron que debe plantearse un cambio terapéutico al presentar una HbA_{1C} de 8,6 %.

Paciente que sufre un evento cardiovascular

El 77 % de los participantes en la primera fase y el 89 % en la segunda se mostró «en desacuerdo» o «totalmente en desacuerdo» en considerar un control más estricto que antes de la aparición del evento.

Paciente joven con doble terapia y hemoglobina glucosilada de 8,9 %

Los participantes se mostraron de acuerdo en cuanto a modificar el tratamiento, y eligió la insulinización nocturna el 80 % de ellos en la primera ronda y el 92 % en la segunda.

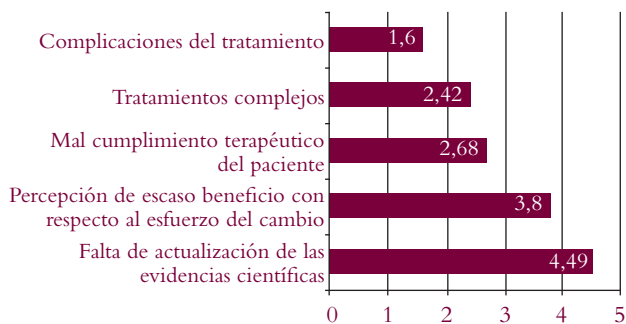
Ítems relacionados con la inercia

Hubo un alto grado de acuerdo en considerar las **complicaciones del tratamiento** como la primera causa para mantener la inercia terapéutica (figura 1).

La mayoría de los encuestados (en torno al 70 % en ambas rondas) estimaron que los pacientes con mal cumplimiento terapéutico y aquellos con hipoglucemias graves no deberían excluirse de la valoración de la inercia terapéutica.

La motivación de los pacientes y su educación fueron consideradas por los participantes como las primeras **estrategias para vencer la inercia terapéutica**.

Figura 1. Orden de causas para mantener una inercia terapéutica



En cambio, el 64 % opinaron que deberían excluirse los pacientes > 80 años, y el 89 % los pacientes terminales (figura 2).

El 66 % de los investigadores participantes en la primera ronda y el 86% en la segunda indicaron que no realizan modificaciones en la pauta terapéutica en **pacientes con sospecha de incumplimiento**, a pesar de que no alcancen los objetivos metabólicos.

Respecto a la afirmación «Globalmente, a la hora de tratar a las personas con diabetes, creo que **tengo una cierta inercia terapéutica**», más del 30 % de los participantes consideraron estar «de acuerdo» o «totalmente de acuerdo». Tan solo el 49 % de los participantes se mostró «en desacuerdo» y el 4 % «totalmente en desacuerdo» con ella (figura 3).

Los médicos participantes consideraron que las **características de los fármacos** que más contribuyen a aumentar la inercia terapéutica son la escasa eficiencia y los efectos secundarios, seguidas de la complejidad en la administración. Su coste elevado sería el último factor a tener en cuenta.

Por último, en la segunda oleada, el 62 % de los médicos consideraron que la característica que más puede influir en la

Figura 2. Pacientes que no se han de excluir

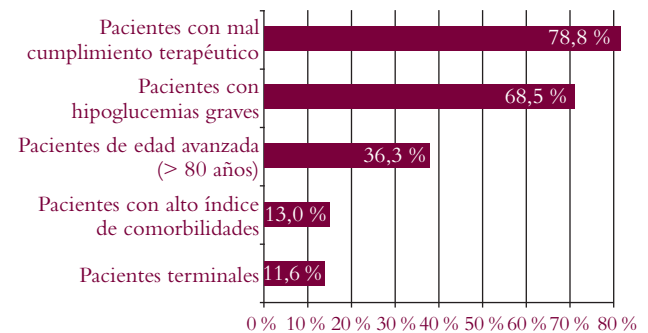
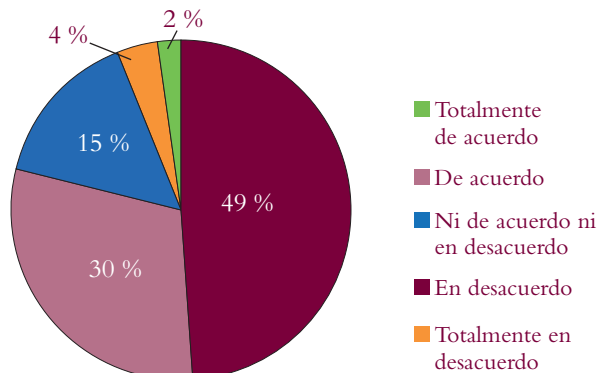


Figura 3. Reconocimiento de la inercia por parte de los médicos

Globalmente, a la hora de tratar a las personas con diabetes, creo que tengo cierta inercia terapéutica



inercia terapéutica es que el paciente presente varios motivos de consulta en la misma visita (**demandas competitivas**), lo que hace que se aborde la patología aguda y se deje la crónica para otra ocasión.

DISCUSIÓN

El amplio acuerdo encontrado en las respuestas de los primeros ítems, en relación con los criterios diagnósticos y en cuanto a los objetivos de control y la actitud terapéutica al inicio de la enfermedad, nos hace pensar que, probablemente, en estas fases de la enfermedad la inercia clínica y terapéutica no sea elevada.

Existe también un elevado consenso a la hora de plantearse objetivos menos estrictos en los pacientes con enfermedad cardiovascular establecida, lo que indicaría que los participantes conocen las recomendaciones actuales en cuanto a individualización de los objetivos terapéuticos³.

En general, en los ítems del cuestionario relacionados con la inercia se ha encontrado un amplio grado de consenso.

Llama la atención que las complicaciones del tratamiento y los tratamientos complejos son considerados como las principales causas para mantener la inercia terapéutica y, aun así, la mayoría de los participantes eligen la insulinización como la opción más adecuada en el paciente joven con doble terapia hipoglucemiante y una HbA_{1C} próxima a 9 %, en el que probablemente otras opciones terapéuticas no consiguiesen una reducción suficiente para alcanzar los objetivos. Podríamos deducir que el profesional tiende a superar las barreras que favorecen la inercia terapéutica en los casos en que está más claro el beneficio del buen control (paciente joven con poco tiempo de evolución de la enfermedad).

Otro dato que resulta llamativo es que la mayoría de los profesionales consideran que no debe excluirse en la valoración de la inercia a los pacientes con incumplimiento terapéutico. Sin embargo, también una amplia mayoría refiere no hacer cambios de tratamiento en este tipo de pacientes. Se diría que los encuestados admiten en su actuación una forma de inercia en cierto modo «justificada» por el comportamiento del paciente, en lugar de adoptar medidas para mejorar el cumplimiento. Esta asociación entre inercia e incumplimiento estaría en consonancia con los resultados del estudio INERCIA⁴, realizado en nuestro país, en el que se analizó la relación entre el cumplimiento terapéutico por parte del paciente y la inercia clínica, y se observó que los cumplidores fueron más frecuentes en el grupo sin inercia clínica que en el grupo que la presentaba. Otros autores han publicado resultados similares⁵, si bien en algunos trabajos no se ha encontrado dicha asociación⁶.

Por fin, cuando se pregunta directamente, solo la mitad de los encuestados refiere no actuar de forma global con cierta inercia al tratar al paciente con diabetes, lo que podría llevarnos a concluir que, a pesar de que los profesionales conocen en general las recomendaciones de control y muestran bastante consenso en las medidas terapéuticas, a la hora de tomar decisiones en la práctica clínica no las llevan a cabo en un porcentaje elevado, lo que coincide con las cifras de inercia (en torno al 50 %) obtenidas en estudios llevados a cabo dentro y fuera de nuestro país^{4,7}.

*Comité científico del estudio INERCIÓMETRO:
Artola S, Barutell L, Franch J, Iglesias R, López F, Morillas C.

ASPECTOS ÉTICOS

La investigación fue financiada por Laboratorios Abbott. Sin embargo, la fuente financiadora no influyó en los resultados obtenidos, minimizando el 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. Standards of medical care in diabetes 2014. *Diabetes Care* 2014;37 Suppl 1:S14-80.
3. Ismail-Beigi F. Pathogenesis and glycemic management of type 2 diabetes mellitus: a physiological approach. *Arch Iran Med* 2012;15:239-46.
4. González-Clemente JM, Font B, Lahoz R, Llauradó G, Gambús G; Grupo de investigadores del Estudio INERCIA. Estudio INERCIA: Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no insulinizados en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Un estudio en España, en atención primaria y especializada. *Med Clin (Barc)* 2014;142:478-84.
5. Grant R, Adams AS, Trinacty CM, Zhang F, Kleinman K, Soumerai SB, et al. Relationship between patient medication adherence and subsequent clinical inertia in type 2 diabetes glycemic management. *Diabetes Care* 2007;30:807-12.
6. 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.
7. Grant RW, Cagliero E, Dubey AK, Gildesgame C, Chueh HC, Barry MJ, et al. Clinical inertia in the management of type 2 diabetes metabolic risk factors. *Diabet Med* 2004;21:150-5.

Epílogo y algunas recomendaciones

Flora López Simarro

Médico de familia. ABS Martorell (Barcelona)

INTRODUCCIÓN

Es conocido que la mitad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) no consiguen los objetivos de control glucémico recomendados en las guías de práctica clínica (GPC), a pesar de disponer en la actualidad de una amplia gama de tratamientos hipoglucemiantes eficaces. No mantener un buen control metabólico aumenta el riesgo de presentar complicaciones relacionadas con la diabetes. Para conseguir optimizar el control glucémico hay que superar una serie de barreras, entre las que se encuentran la falta de adherencia del paciente a los tratamientos, el fracaso de los médicos para intensificar los tratamientos en el momento oportuno y las deficiencias del sistema sanitario.

Respecto a la falta de adherencia terapéutica, los pacientes con mal cumplimiento terapéutico presentan peor control glucémico, más complicaciones micro y macrovasculares, mayores tasas de hospitalizaciones, así como mayores costes sanitarios totales^{1,2}.

Phillips³ definió la inercia clínica como la ausencia de inicio o intensificación del tratamiento cuando este está indicado. También comenta que los profesionales son conocedores de las GPC, donde se definen los objetivos de control para las patologías crónicas, existiendo además a su alcance múltiples terapias eficaces. A pesar de todo esto, los clínicos con frecuencia reconocen el mal control de los pacientes, pero continúan sin iniciar o intensificar la terapia.

Tras la publicación de los resultados de los estudios estudios Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes (ACCORD), Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicon Modified Release Controlled Evaluation (ADVANCE) y Veterans Affairs Diabetes Trial⁴ (VADT), que no demostraron beneficio del tratamiento intensivo en las complicaciones macrovasculares y sí un aumento del riesgo de hipoglucemias cuando se intentan conseguir cifras de hemoglobina glucosilada (HbA_{1c}) próximas a la normalidad (HbA_{1c} < 6,5 %), las sociedades científicas⁵ recomiendan objetivos de control individualizados para cada tipo de paciente, en función de la edad, la duración de la diabetes, la presencia de complicaciones o comorbilidades, las preferencias del paciente o su capacidad para

manejar la enfermedad, de modo que pueden aceptarse objetivos de control de HbA_{1c} de hasta un 8 %. Desde entonces, han surgido diferentes opiniones para justificar la inercia clínica del profesional. Esta podría verse como una salvaguarda contra un tipo de medicina que propone tratamientos intensivos indiscriminados para controlar alteraciones o factores de riesgo sin que exista evidencia del beneficio en todos los pacientes⁶.

POSIBILIDADES DE INTENSIFICAR TRATAMIENTOS SIN RIESGOS AÑADIDOS PARA EL PACIENTE

El estudio UKPDS⁷ demostró beneficio en el control precoz de la enfermedad y reducción a largo plazo de la enfermedad cardiovascular («efecto legado»), de donde se podría deducir que en las personas jóvenes con pocos años de evolución de la diabetes o en aquellas que reciben tratamientos sin riesgos de hipoglucemias el objetivo de control de la HbA_{1c} deberá ser mucho más estricto que en pacientes de edad avanzada, considerados frágiles o en aquellos con presencia de enfermedades cardiovasculares previas. En el estudio e-Control, realizado para valorar el grado de control de los pacientes diabéticos en Cataluña⁸, que incluyó 286 791 pacientes, el grado de control alcanzado fue elevado, si bien el 20,4 % de los pacientes tenía HbA_{1c} > 8 %, el 36,5 % tenía presión arterial (PA) > 140/90 mmHg y el 27,6 % colesterol asociado a lipoproteínas de baja densidad (c-LDL) > 130 mg/dl, siendo estas cifras del 25,8 %, el 33,4 % y el 32,8 %, respectivamente, en los pacientes < 65 años. Asimismo, había un 8 % de pacientes en este grupo de edad con HbA_{1c} > 10 %.

En el trabajo de Mata et al.⁹, la inercia clínica se detectó en un 33,2 % de los pacientes y en el análisis multivariante se relacionó con inercia tener menos años de evolución de la diabetes, la etapa de tratamiento (más frecuente en los pacientes tratados únicamente con modificación de estilos de vida o monoterapia oral) y la cifra de HbA_{1c} (para cada unidad de incremento de la HbA_{1c} la inercia se redujo un 47 %).

Estos dos trabajos evidencian la necesidad de poner en marcha estrategias educativas que ayuden a los médicos de

familia a intensificar tratamientos en pacientes más jóvenes, con menos años de evolución de la enfermedad, dónde existe evidencia del beneficio del control glucémico, y en los primeros escalones terapéuticos, en los que es posible la intensificación de los tratamientos sin riesgos añadidos.

Las cifras de nuestro entorno no son peores que las encontradas en otros países de Europa. Recientemente se ha publicado un trabajo¹⁰ que incluía 81 573 pacientes con DM2 de la base de datos informatizada del Reino Unido y que encontró que la mediana del tiempo para la intensificación con insulina fue > 7,1, > 6,1 o 6,0 años para los que tomaban uno, dos o tres antidiabéticos orales. La HbA_{1c} media con la que se intensificaba el tratamiento con un antidiabético oral o insulina fue de 8,7 %, 9,1 % y 9,7 % para las personas que tomaban uno, dos o tres antidiabéticos orales.

Merece una especial consideración la inercia en relación con el tratamiento con insulina. En general, la terapia con insulina en la práctica clínica se introduce tarde, cuando el paciente ha estado expuesto durante largos períodos de tiempo a cifras elevadas de glucemia y probablemente con lesiones irreversibles. En el trabajo de Harris¹¹, tras tres años de inicio de la insulinización, un 68 % de los pacientes no había conseguido HbA_{1c} ≤ 7 %. En Atención Primaria estamos utilizando cada vez más la insulinización basal para nuestros pacientes diabéticos, si bien no acabamos de dar el paso a la intensificación, probablemente por desconocimiento en el manejo de las pautas más complejas de insulinización.

INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO, MANEJO DE LA INCERTIDUMBRE E INERCIA TERAPÉUTICA

Si bien la inercia clínica no se puede atribuir a la falta de conocimiento por parte de los médicos de los objetivos de control fijados en las GPC, existe una discrepancia entre este conocimiento y la aplicación a pacientes concretos. Reach¹², en un reciente trabajo, reflexiona sobre la inercia clínica, la incertidumbre y las pautas individualizadas. Las GPC intentan ayudar a los profesionales a tomar decisiones basadas en la mejor evidencia posible para una patología, apoyándose en ensayos clínicos aleatorizados (lo que da lugar a un enfoque «centrado en la enfermedad»). El profesional ha de tomar decisiones «centradas en el paciente» y con cierta frecuencia los pacientes de la práctica clínica habitual quedarían fuera de los ensayos clínicos (edad avanzada, comorbilidades, etc.). Las GPC tampoco tienen en cuenta el contexto psicosocial ni las preferencias del paciente para ser tratado. Estaríamos ante una paradoja que puede empeorar la percepción de la inercia terapéutica. Sin embargo, el autor opina que, si bien el objetivo inicial de la medicina basada en la evidencia era la homogenización de la práctica clínica (o, al menos, una reducción de la varianza), las estrategias de indi-

vidualización del tratamiento pueden conducir a una variabilidad indeseable y esto, a su vez, aumentar el riesgo de la inercia clínica. Las directrices de las GPC han de ayudar al médico para obtener una mejor definición del triángulo formado por la ciencia, las circunstancias del paciente y los deseos de este, que están en la base de la toma de decisiones médicas (figura 1).

Esposito et al.¹³ analizan también la individualización de los tratamientos y su relación con la incertidumbre y la inercia clínica. Refieren que en la actualidad existen múltiples incertidumbres para el control de la diabetes: sobre el objetivo de HbA_{1c}, en el orden para utilizar los tratamientos tras la metformina, los efectos secundarios y la seguridad de los fármacos, sobre los resultados cardiovasculares y el tratamiento de los factores de riesgo cardiovascular (hipertensión y dislipemia). La medicina personalizada, centrada en el paciente, podría facilitar el manejo de la incertidumbre, identificando a las personas que podrían tener importantes beneficios de los diferentes tratamientos. Además, este enfoque pone de relieve el criterio clínico de los médicos (una mezcla de la experiencia clínica, el conocimiento y las habilidades), junto con los valores y las preferencias del paciente. Sin embargo, el sentimiento médico y la convicción de alcanzar el objetivo de HbA_{1c} (ahora adaptada al paciente) siguen siendo de suma importancia para reducir la inercia terapéutica innecesaria. Los autores hacen algunas propuestas de gran utilidad para individualizar los objetivos y personalizar el tratamiento (tabla 1).

MEJORAS EN LOS SISTEMAS SANITARIOS PARA REDUCIR LA INERCIA CLÍNICA

La historia clínica informatizada permite adaptar sistemas de alerta que informen de las exploraciones pendientes de realizar, la falta de consecución de los objetivos de control y el uso de fármacos según los algoritmos de tratamiento. Es-

Figura 1. De los ensayos clínicos al encuentro médico-paciente. La decisión médica resulta de un triángulo (evidencia, circunstancias y deseos del paciente). Una mala definición de este triángulo puede dar lugar a la inercia clínica



Adaptada de Reach¹².

Tabla 1. Tácticas en los tratamientos que pueden ayudar a alcanzar los objetivos individualizados de hemoglobina glucosilada

Establecer el objetivo de HbA _{1c}	Individualizar el tratamiento junto con el paciente
Calcular la distancia desde el objetivo	HbA _{1c} de base - HbA _{1c} objetivo: la ↓ de HbA _{1c} esperada desde la línea de base (en doble o triple terapia) es aproximadamente 1 %
La distancia desde el objetivo es > 1,5 %	Considere la posibilidad de añadir insulina al anterior régimen de tratamiento
HbA _{1c} de base es un predictor de la disminución de HbA _{1c} en tratamiento	Cada aumento de un 0,5 % en la línea de base la HbA _{1c} se asocia con 0,2 % más reducción de la HbA _{1c} en tratamiento
HbA _{1c} : hemoglobina glucosilada. Adaptada de Esposito ¹³ .	

tos avisos electrónicos permiten al médico tomar decisiones inmediatamente, en presencia del paciente³.

Un ensayo clínico realizado para ver el impacto de la utilización de registros médicos electrónicos en el control de diabéticos encontró que mejoraba significativamente el control de la HbA_{1c} y la PA, pero no el del c-LDL¹⁴.

Los sistemas de alertas informáticas serán la herramienta que con más probabilidad permita combatir la inercia clínica. Tienen como inconveniente que son fáciles de eludir y parecen funcionar solo mientras se presentan. Un exceso de recordatorios puede abrumar y hacer que se ignoren. Los sistemas informáticos que apoyen las decisiones clínicas han de ir más allá de los avisos y recordatorios, e incluir sugerencias de fármacos basadas en el tratamiento actual de cada paciente, la distancia para conseguir el objetivo de control, las comorbilidades, así como la función renal y hepática.

COMENTARIOS ACERCA DE LOS ESTUDIOS INCANDA E INERCIÓMETRO

Los dos estudios presentados en esta misma publicación, INCANDA (INCumplimiento terapéutico en pacientes de edad AvaNzaDA) e INERCIÓMETRO (Estudio descriptivo transversal y multicéntrico sobre la inercia en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2), fueron realizados con metodología Delphi para conocer la opinión de los profesionales.

En el estudio INCANDA, la opinión de los profesionales sobre la adherencia en los pacientes de edad avanzada coincide bastante con lo publicado en diferentes trabajos sobre adherencia en general y en este grupo de edad en concreto.

Respecto al efecto de la edad en el cumplimiento, hay dos grupos en los que se conoce falta de adherencia: los pacientes jóvenes y los de edades muy avanzadas (mayores de 85 años), respecto al grupo de adultos. En nuestro entorno se ha encontrado mejor cumplimiento en las personas de 65 a 75 años con buena capacidad cognitiva que en los adultos jóvenes¹⁵. En la revisión realizada por Kardas et al.¹⁶ se describe que la edad avanzada, el sexo femenino, unos mayores ingresos y más educación tenían efectos pequeños pero positivos sobre la adherencia. Asimismo, mejoraba el cumplimiento la creencia de gravedad de la enfermedad y no tener asociada depresión. Probablemente, en pacientes de edad avanzada, la adherencia tiene mucho que ver con tener apoyo sociofamiliar. Se ha encontrado mejor adherencia en aquellos pacientes con apoyo social y emocional, con cohesión familiar y que están casados¹⁶.

En la actualidad se ha de valorar otro factor para el cumplimiento en este grupo de edad relacionado con el precio de los fármacos y la financiación por el sistema sanitario, que se han reconocido como una causa que puede contribuir seriamente a la no adhesión¹⁷.

Los pacientes de edad avanzada se beneficiarían de la suspensión de tratamientos que ya no son necesarios y de aquellos en los que no existe suficiente evidencia para su utilización en este grupo de edad. No realizar esto podría ser considerado también inercia terapéutica⁶.

El estudio INERCIÓMETRO nos demuestra como los profesionales diagnostican correctamente la DM2 y conocen los objetivos de control individualizados para cada tipo de paciente (no hubo acuerdo en los objetivos solo para cardiopatía isquémica), así como el inicio del tratamiento con metformina y la utilización de insulina si no se consigue el control con dos fármacos orales.

Llama la atención como los profesionales, al ser preguntados por las causas de la inercia y las estrategias para vencerla, ponen en los primeros lugares las causas relacionadas con el paciente: mal cumplimiento terapéutico, motivación y educación de los pacientes, y sitúan las causas relacionadas con los profesionales en lugares posteriores: falta de actualización de las evidencias científicas, aplicación de las GPC, optimización del tiempo de consulta. Probablemente al profesional sanitario le cuesta asumir que es el principal actor en relación con la inercia terapéutica. Un porcentaje elevado de los profesionales coincide en que influyen en el mantenimiento de la inercia el número de motivos de consulta y el volumen elevado de pacientes, lo que apunta a las dificultades existentes en la gestión de las consultas para patologías crónicas. La mayoría de los profesionales opina que no intensifica el tratamiento si sospecha incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes.

La relación encontrada entre incumplimiento terapéutico e inercia varía según diferentes estudios. Schmittziel et al.¹⁸ valoraron la adherencia y la intensificación de los tratamientos en pacientes mal controlados en 161 697 diabéticos del Kaiser Permanente para hiperglucemia, dislipemia e hipertensión. Encontraron falta de adherencia del 23 %, el 21 % y el 20 %, respectivamente, y no se intensificó tratamiento en pacientes cumplidores en el 30 %, el 47 % y el 36 % para cada una de las condiciones. Así, concluyeron que el 53-68 % de los pacientes mal controlados estaban afectados de incumplimiento e inercia, teniendo más peso la inercia terapéutica.

RECOMENDACIONES

- Evitar la inercia intensificando tratamientos en los pacientes más jóvenes, con menos años de evolución de

la enfermedad, donde existe evidencia del beneficio del control glucémico, y en pacientes en los primeros escalones terapéuticos, en los que es posible la intensificación de los tratamientos sin riesgos añadidos.

- Fijar los objetivos individualizados para cada paciente y planificar cómo se van a conseguir, intensificando tratamientos. Si la diferencia de HbA_{1c} para conseguir el control es mayor de 1,5 %, probablemente precisaremos añadir insulina.
- Intentar conseguir que las historias clínicas informatizadas tengan sistemas de alertas que faciliten el trabajo de los profesionales, al avisar de las actividades pendientes de realizar y de los pacientes que precisan mejorar el control metabólico. Asimismo, deberían facilitar al clínico la visualización de la retirada de recetas en la farmacia para poder valorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes de manera objetiva.

BIBLIOGRAFÍA

- Berger J. Economic and clinical impact of innovative pharmacy benefit designs in the management of diabetes pharmacotherapy. *Am J Manag Care* 2007;13 Suppl 2:S55-8.
- Egede LE, Gebregziabher M, Dismuke CE, Lynch CP, Axon RN, Zhao Y, et al. Medication nonadherence in diabetes: longitudinal effects on costs and potential cost savings from improvement. *Diabetes Care* 2012;35(12):2533-9.
- Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med* 2001;135:825-34.
- Skyler JS, Bergenstal R, Bonow RO, Buse J, Deewania P, Gale EAM, et al. Intensive glycemic control and the prevention of cardiovascular events: implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA diabetes trials: a position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care* 2009;32(1):187-92.
- Ismail-Beigi F, Moghissi E, Tiktin M, Hirsch IB, Inzucchi SE, Genuth S. Individualizing glycemic targets in type 2 diabetes mellitus: implications of recent clinical trials. *Ann Intern Med* 2011;154:554-9.
- Giugliano D, Esposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA* 2011;305:1591-2.
- 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(15):1577-89.
- Vinagre I, Mata-Cases M, Hermosilla E, Morros R, Fina F, Rosell M, et al. Control of glycemia and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in primary care in Catalonia (Spain). *Diabetes Care* 2012;35(4):774-9.
- Mata-Cases M, Benito-Badorrey B, Roura-Olmeda P, Franch Nadal-J, Pepió-Vilalubí JM, Saez M, et al. Clinical inertia in the treatment of hyperglycemia in type 2 diabetes patients in primary care. *Curr Med Res Opin* 2013;29 (11):1495-502.
- Khunti K, Wolden ML, Thorsted BL, Andersen M, Davies MJ. Clinical inertia in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study of more than 80,000 people. *Diabetes Care* 2013;36:3411-7.
- Harris SB, Kapor J, Lank CN, Willan AR, Houston T. Clinical inertia in patients with T2DM requiring insulin in family practice. *Can Fam Physician* 2010;56:e418-24.
- Reach G. Clinical inertia, uncertainty and individualized guidelines. *Diabetes Metab* 2014 Feb 20. pii: S1262-3636(14)00003-2. doi: 10.1016/j.diabet.2013.12.009. [Epub ahead of print].
- Esposito K, Ceriello A, Giugliano D. Does personalized diabetology overcome clinical uncertainty and therapeutic inertia in type 2 diabetes? *Endocrine* 2013;44(2):343-5.
- O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Rush WA, Johnson PE, Amundson GH, Asche SE, et al. Impact of electronic health record clinical decision support on diabetes care: a randomized trial. *Ann Fam Med* 2011;9:12-21.
- García-Reyes M, López-Torres J, Ramos E, Alcarria A, Fernández C, López MA. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades cardiovasculares. *Med Clin (Barc)* 2002;118(10):371-5.
- Kardas P, Lewek P, Matyjaszczyk M. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews. *Front Pharmacol* 2013;4:91.
- Choudhry NK, Fischer MA, Avorn J, Schneeweiss S, Solomon DH, Berman C, et al. At Pitney Bowes, value-based insurance design cut copayments and increased drug adherence. *Health Aff (Millwood)* 2010;29(11):1995-2001.
- Schmittziel JA, Uratsu CS, Karter AJ, Heisler M, Subramanian U, Mangione CM, et al. Why don't diabetes patients achieve recommended risk factor targets? Poor adherence versus lack of treatment intensification. *J Gen Intern Med* 2008;23(5):588-94.