

La inercia terapéutica en consulta: ¿qué puedo hacer?

Concepción Navarro Hernández

Médica de familia. Consultorio La Alcayna. Molina de Segura (Murcia)

Presentación del caso

El caso de Francisco es un ejemplo claro de inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus:

- Se le diagnosticó en 2014 por una glucemia basal en ayunas (GBA) de 143 mg/dl. Se le aconsejaron cambios en el estilo de vida. Hasta 2016 no se repitió la analítica ni se volvió a valorar: en ese momento, la GBA era de 320 mg/dl y la hemoglobina glucosilada era del 12,2 %. Comenzó tratamiento con insulina glargina (100 UI/ml) y metformina (850 mg cada 12 h).
- Mantiene el mismo tratamiento hasta 2019, cuando cambia de consultorio y de médico. En ese momento presenta GBA de 127 mg/dl y hemoglobina glucosilada del 8,1 %.

- Se define como la falta de inicio de una terapia o su intensificación/ desintensificación cuando corresponda, ya sea por causa de los profesionales de referencia que atienden al paciente, por falta de cumplimiento y adherencia al tratamiento por parte del afectado o por las limitaciones organizativas del propio sistema sanitario¹.
- Puede ocurrir en todas las etapas del tratamiento, desde la prescripción de cambios en el estilo de vida, la introducción de tratamiento farmacológico, el uso de terapia combinada o el inicio de insulina cuando sea necesario².

- Se ha demostrado que la inercia terapéutica es una barrera muy importante y frecuente en el control adecuado de nuestros pacientes y, en gran parte, es responsable del retraso en la intensificación del tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.
- Esto hace que vivan con un control insuficiente de su enfermedad durante muchos años con consecuencias dramáticas tanto para el paciente (en términos de calidad de vida, morbilidad y mortalidad) como para el sistema de salud (en relación con el gasto sanitario)³.

¿Qué puedo hacer para reducir/evitar la inercia terapéutica?

- Implicación de los 3 actores (profesional, paciente y sistema sanitario).
- Los tratamientos deben elegirse de forma individual basados en varios factores: preferencias y objetivos del paciente, riesgo de efectos adversos de dicho tratamiento (por ejemplo, hipoglucemias o ganancia de peso) y las características del paciente, incluyendo fragilidad y comorbilidades.
- Controles analíticos a los 3 meses de iniciar el tratamiento o cuando se realizan modificaciones en él. Cuando se haya conseguido el objetivo de control, las analíticas serán semestrales⁴.
- Realizar con el paciente educación diabetológica y entrevista motivacional, entre otras actuaciones.

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. Mata Cases M. Inercia terapéutica en el control glucémico de la diabetes mellitus tipo 2: inconvenientes y ventajas. *Hipertensión y Riesgo Vascular.* 2012;29(Supl 1):S34-40.
3. Reach G, Pechtner V, Gentilella R, Corcos A, Ceriello A. Clinical inertia and its impact on treatment intensification in people with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Metab.* 2017;43:501-11.
4. Davies MJ, D'Alessio DA, Fradkin J, Kernan WN, Mathieu C, Mingrone G, et al. Management of hyperglycemia in type 2 diabetes, 2018. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetes Care.* 2018;41:2669-701.