

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

Rosario Iglesias González<sup>1</sup>, Lourdes Barutell Rubio<sup>2</sup>, Marta Rodríguez de Miguel<sup>3</sup>, M.<sup>a</sup> Luisa Orera Peña<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> 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).

<sup>3</sup> 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»<sup>1</sup>. 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 Association<sup>2</sup>.

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<sub>1c</sub>) 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<sub>1c</sub>, 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<sub>1C</sub> 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.

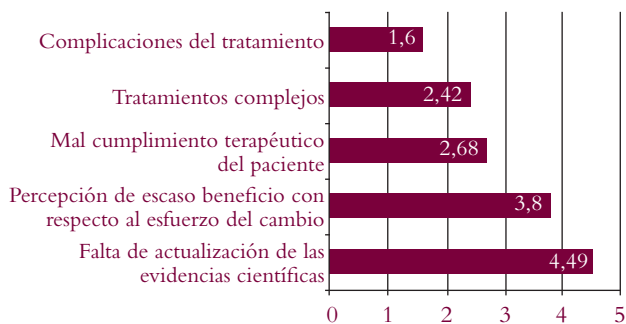
**Ítems relacionados con la inercia**

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).

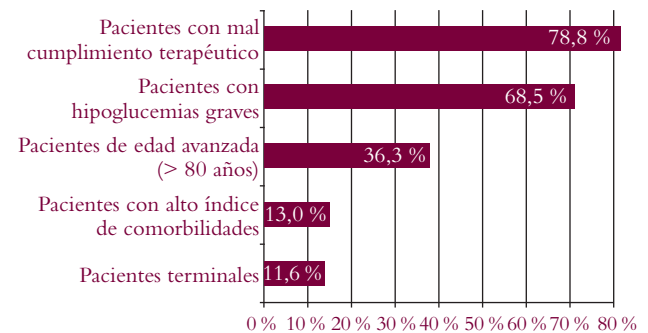
El 66 % de los investigadores participantes en la primera ronda y el 86% en la segunda indicaron que no realizan modificaciones en la pauta terapéutica en **pacientes con sospecha de incumplimiento**, a pesar de que no alcancen los objetivos metabólicos.

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.

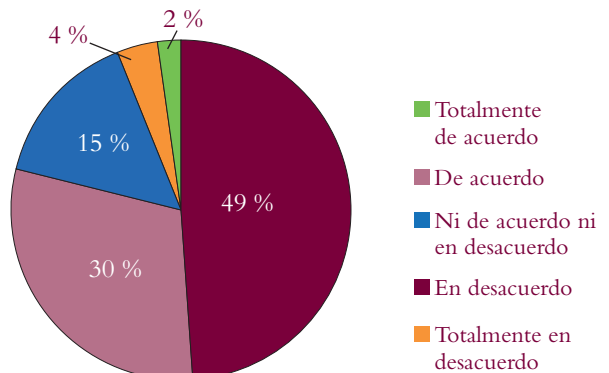
Por último, en la segunda oleada, el 62 % de los médicos consideraron que la característica que más puede influir en la

**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 terapéuticos<sup>3</sup>.

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<sub>1C</sub> 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 INERCIA<sup>4</sup>, 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 similares<sup>5</sup>, si bien en algunos trabajos no se ha encontrado dicha asociación<sup>6</sup>.

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<sup>4,7</sup>.

\*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.