



La importancia de evitar la inercia terapéutica en diabetes *mellitus* tipo 2: a propósito de un caso

The importance of avoiding therapeutic inertia in type 2 diabetes mellitus: a case study

Cristina Sánchez Benítez: Médica interna residente de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

Ana Guadalupe Olivares Loro: Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

Inmaculada Durán Barrantes: Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

Lucía Ávila Álvarez: Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de la Plata. Sevilla.

Correspondencia: cris_sb95@icloud.com

RESUMEN

Se presenta el caso de una mujer de 68 años que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) para renovar su tratamiento médico habitual. Se deben aprovechar estas consultas para revisar la situación clínica del paciente y realizar las actividades preventivas pertinentes. En la analítica solicitada se diagnostica a la paciente de diabetes *mellitus*, y el desarrollo del caso permite repasar las buenas prácticas en diabetes en el momento del diagnóstico y, posteriormente, en las visitas sucesivas.

También con el caso se repasa cuál es el tratamiento inicial más adecuado de la diabetes y cómo se debe modificar en función de los objetivos conseguidos, intentando evitar siempre la inercia terapéutica.

Palabras clave: diabetes, buenas prácticas, inercia terapéutica

ABSTRACT

It is a 68-year-old woman who goes to the Medical Center to update her treatment. This setting should be used to review the patient's clinical situation and carry out some preventive activities. The patient is diagnosed with diabetes *mellitus*, and the development of the case allows us to review good practices in diabetes when the diagnosis is established and, after that, in subsequent visits.

Also, we review what is the most appropriate initial treatment for diabetes and how it should be modified depending on the objectives achieved, trying to always avoid therapeutic inertia.

Keywords: diabetes, good practices, therapeutic inertia

Mujer de 68 años que acude a la consulta de Atención Primaria (AP) para la renovación de su tratamiento habitual. Entre sus antecedentes personales destacan dislipemia y glucemia basal alterada, detectada en la última analítica realizada en el año 2019.

Se solicita analítica de control, tras la que se realiza el diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 2 (DM2). Una vez informada la paciente, se consensúa el inicio de doble terapia oral (metformina y empaglifozina) e insulino terapia dado que presenta síntomas cardinales (poliuria y polidipsia) junto con una hemoglobina glicada (HbA1c) por encima de 9 %.

Se insiste, especialmente, en medidas dietéticas junto con ejercicio físico y se cita a la paciente semanalmente para su seguimiento en consulta. En revisiones posteriores, presenta buenos controles glucémicos, pérdida de peso y descenso en la cifras de HbA1c de 3,1 puntos. Tras valorar estos resultados, se decide mantener tratamiento con doble terapia oral y suspender insulina.

En la exploración inicial, la paciente presenta un peso de 72 kg, talla de 158 cm y un índice de masa corporal (IMC) de 28,84. El resto de exploración física es normal.

En la analítica de control realizada, la paciente presenta glucemia basal en ayunas de 240 mg/dl, colesterol total 247 mg/dl, LDL-c 158 mg/dl, triglicéridos 232 mg/dl y HbA1c 11,4 %.

El sistemático de orina realizado fue normal (cuerpos cetónicos negativos). La retinografía solicitada al diagnóstico de DM2 no presenta alteraciones y el monofilamento de Semmes-Weinstein es normal.

Una vez se instaure el tratamiento con doble terapia oral e insulina, se realiza analítica de control a

los tres meses con un resultado de glucemia basal en ayunas de 92 mg/dl, colesterol total 180 mg/dl, LDL-c 105, triglicéridos 142 mg/dl y HbA1c 5,9 %.

Además, tras los tres meses de tratamiento y habiendo aplicado las medidas dietéticas y ejercicio, la paciente bajó de peso hasta los 68,4 kg con un IMC de 27,4.

Cabe recalcar la retirada de la insulina tan pronto como los valores analíticos se normalizaron tras el control a los 3 meses.

Se debe tener muy presente la importancia de evitar la inercia terapéutica (IT) tanto en la prescripción como en deprescripción de fármacos pautados para el tratamiento de la DM2 en AP. La IT se define como la falta de inicio o intensificación de tratamiento cuando está indicado. Esto último ocurre cuando el profesional ha reconocido el problema, pero no lleva a cabo las acciones necesarias para iniciar o modificar el tratamiento.

Teniendo en cuenta la variabilidad de recomendaciones de control glucémico de las distintas guías de práctica clínica (GPC) y sociedades científicas, podríamos decir que es aceptable el objetivo general de HbA1c < 7 % siempre y cuando esto no implique gran riesgo de hipoglucemia. El tratamiento intensivo será más beneficioso al inicio de la enfermedad en pacientes jóvenes y sin comorbilidades, demostrando disminución de las complicaciones micro y macrovasculares.

A pesar de la gran cantidad de medicación disponible para el tratamiento de la DM2, el grado de control de los pacientes está muy lejos de ser el deseado y esto es debido principalmente a la IT. En el caso de nuestra paciente, se inició desde un primer momento el tratamiento con doble terapia oral junto con insulina. Las revisiones posteriores en consulta



permitieron el ajuste insulínico en función de los controles glucémicos y la suspensión de la misma tras alcanzar objetivos terapéuticos.

Las modificaciones dietéticas y el ejercicio físico constituyen una parte fundamental del tratamiento para conseguir un buen control metabólico.

El correcto seguimiento de los pacientes diabéticos debe incluir la solicitud de una retinografía y un monofilamento tras el diagnóstico, junto con un control analítico con HbA1c en 3 meses.

Con todo lo anteriormente expuesto, y como conclusión, es evidente la necesidad de combatir la IT con medidas, para obtener así los beneficios del adecuado control glucémico. Algunas de las intervenciones que nos pueden ayudar son: uso de auditorías para la autoevaluación de los profesionales para que

puedan conocer el grado de control de sus pacientes, realización de sesiones clínicas para intentar garantizar la formación de los profesionales sanitarios, fomentar el trabajo en equipo de enfermería y medicina, establecer criterios de interconsulta entre AP y especializada, recordatorios informáticos con sistemas de alertas que detecten la no consecución de objetivos, incentivar a los profesionales sanitarios en función de la consecución de objetivos, revisar la historia clínica de los pacientes con anterioridad a la consulta, registrar todas las intensificaciones que se han realizado y justificarlas y aumentar la frecuencia de las citas de revisión al inicio del tratamiento.

Es de esta forma como se puede llegar a combatir el fenómeno de IT, que supone actualmente un problema importante en nuestros pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hidalgo Rodríguez A, Martín Enguix D, Aguirre Rodríguez JC, Sánchez Cambrónero M. Inercia terapéutica en el control glucémico según objetivos individualizados en una cohorte de pacientes con diabetes tipo 2: resultados del estudio CONCARDIA2. *Endocrinol Diabetes y Nutr.* 2022;69(7):458–65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8532045>
2. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Barnes CS. Clinical inertia. *Annals of Internal Medicine.* 2001;135(9):825. Disponible en: <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-135-9-200111060-00012>
3. 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(11):3411–7. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/36/11/3411/38071/Clinical-Inertia-in-People-With-Type-2-DiabetesA>
4. Mata-Cases M, Franch-Nadal J, Real J, Gratacòs M, López-Simarro F, Khunti K, et al. Therapeutic inertia in patients treated with two or more antidiabetics in primary care: Factors predicting intensification of treatment. *Diabetes, Obes Metab.* 2018;20(1):103–12. Disponible en: <https://dom-pubs.pericles-prod.literatumonline.com/doi/10.1111/dom.13045>
5. Giugliano D, Esposito K. Clinical Inertia as a Clinical Safeguard. *JAMA.* 2011;305:1591–2. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/896892>
6. Grant R, Adams AS, Trinacty CM, Zhang F, Kleinman K, Soumerai SB, et al. Adherence and Subsequent Clinical Inertia in Type 2 Diabetes Glycemic Management. *Diabetes Care.* 2007;30(4):807–12. Disponible en: <https://diabetesjournals.org/care/article/30/4/807/25733/Relationship-Between-Patient-Medication-Adherence>
7. López-Simarro F, Moral I, Aguado-Jodar A, Cols-Sagarra C, Mancera-Romero J, Alonso-Fernández M, et al. The impact of therapeutic inertia and the degree of the medication adherence on the control goals for patients with diabetes. *Semergen* 2018;44(8):579–85. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359317303015?via%3Dihub>