



ARTÍCULO ESPECIAL

Decálogo de la Sociedad Española de Arteriosclerosis para disminuir la inercia terapéutica



Mariano Blasco^a, Pablo Pérez-Martínez^b y Carlos Lahoz^{c,*}

^a Facultad de Medicina, Zaragoza, España

^b UGC Medicina Interna, Hospital Universitario Reina Sofía. IMIBIC/Universidad de Córdoba, Córdoba, España

^c Unidad de Lípidos y Riesgo Vascular, Hospital Carlos III, Madrid, España

Recibido el 10 de mayo de 2017; aceptado el 26 de junio de 2017

Disponible en Internet el 26 de agosto de 2017

PALABRAS CLAVE

Inercia terapéutica;
Hipolipemiantes;
Dislipidemia

Resumen Se define como inercia terapéutica (IT) el fallo del médico en iniciar o intensificar un tratamiento cuando no se ha conseguido el objetivo terapéutico. La IT puede ser de 2 tipos: la inercia por ausencia de prescripción de fármacos y la inercia ante la ausencia de control de un determinado factor de riesgo. Las consecuencias de la IT son un mal control de los factores de riesgo, un aumento de eventos potencialmente evitables y un aumento de los costes. Existen factores del propio médico, del paciente y de la organización asistencial que determinan la presencia de IT. Se proponen 10 medidas para disminuirla: promover la formación continuada, marcar claramente los objetivos terapéuticos, establecer auditorías, implantar la historia clínica informatizada con alertas, incentivar la investigación en este campo, divulgar las guías de práctica clínica, crear incentivos motivadores, organizar la asistencia, mejorar la relación médico-paciente e implicar a otros agentes sanitarios.

© 2017 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Therapeutic inertia;
Lipid-lowering
agents;
Dyslipidemia

Decalogue of the Spanish Society of Arteriosclerosis to reduce therapeutic inertia

Abstract Therapeutic inertia (TI) is defined as the failure of the physician to initiate or intensify a treatment when the therapeutic goal has not been achieved. TI can be of 2 types: inertia due to lack of prescription of drugs and inertia in the absence of control of a risk factor. The consequences of TI are poor control of risk factors, an increase in potentially preventable events and an increase in costs. There are factors of the doctor himself, the patient and the care organization that determine the presence of TI. Ten measures are proposed to reduce TI: to promote continuing education, to define clearly therapeutic objectives, to establish audits, to

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: clahoz.hciiii@salud.madrid.org (C. Lahoz).

implement computerized medical records with alerts, to encourage research in this field, to disseminate clinical practice guidelines, to create motivational incentives, to organize care, to improve the doctor-patient relationship and to involve other health care providers.

© 2017 Sociedad Española de Arteriosclerosis. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se define como inercia terapéutica (IT) el fallo del médico en iniciar o intensificar un tratamiento cuando no se ha conseguido el objetivo terapéutico¹. Por lo tanto, para que haya IT tiene que haber un objetivo claro, idealmente basado en la evidencia, y tiene que existir un tratamiento cuyo efecto pueda ser medido fácilmente. El término inercia clínica es un término más amplio e incluye, además de la IT, el fallo en el diagnóstico o en el seguimiento del paciente². La IT es común en el tratamiento de enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipercolesterolemia o la hipertensión arterial, especialmente en las fases asintomáticas.

Las consecuencias de la IT pueden ser un mal control de los factores de riesgo, un aumento de episodios potencialmente evitables y, como resultado de ello, un aumento de los costes. La IT se cuantifica como el porcentaje de pacientes a los que no se les modifica el tratamiento farmacológico sobre el total de pacientes que no han conseguido el objetivo de control.

Se distinguen 2 tipos de IT: la inercia por ausencia de prescripción de fármacos y la inercia ante la ausencia de control de un determinado factor de riesgo. Así, por ejemplo, en un estudio realizado en la Comunidad Valenciana en más de 11.000 sujetos no diagnosticados de dislipidemia, un 38% presentaba una hipercolesterolemia en al menos 2 análisis y no se había tomado ninguna actitud terapéutica con ellos (inercia en el inicio del tratamiento)³. También en nuestro país, en el Estudio REPAR en el que participaron 140 cardiólogos con más de 1.100 pacientes con enfermedad coronaria, tras un año de seguimiento, el 74% de los pacientes tenían un colesterol LDL > 70 mg/dl y más de la mitad de los pacientes estaban recibiendo un tratamiento hipolipemiente de intensidad baja o moderada (inercia por ausencia de control)⁴.

Si bien la IT es responsabilidad del médico, existen una serie de factores que determinan la presencia de IT, de los cuales aproximadamente el 50% dependen del propio médico, un 30% del paciente y un 20% de la organización sanitaria¹.

Factores dependientes del médico

La falta de un adecuado conocimiento de los objetivos terapéuticos es una causa frecuente de IT. Los médicos tienden a tener a sus pacientes en niveles cercanos al que creen que es su objetivo, pero, si por desconocimiento dicho objetivo es incorrecto, dará lugar a IT⁵. La percepción optimista sobre el control de los pacientes suele ser causa de IT. En el estudio HISPALIPID en el que participaron más de 1.600 médicos se comprobó que había una diferencia importante entre el

control subjetivo de la dislipidemia (el que el médico cree que tiene) y el control objetivo o real, al creer el médico que tiene un mejor control del que en realidad tiene⁶. También se ha descrito que mayor formación académica se asocia a una menor IT y que cuantos más años de experiencia, mayor es la IT⁷. Por último, algunos autores han descrito que las mujeres médicos tienen una menor IT que sus compañeros varones⁸.

Factores dependientes del paciente

Entre los factores dependientes del paciente que se asocian con una mayor IT, estarían la mayor edad, ser mujer, presentar alguna comorbilidad o problemas competitivos, la polimedicación, estar en prevención primaria y tener el colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad alto¹.

Factores dependientes de la organización asistencial

La organización de las consultas puede jugar un importante papel en la IT. Cuanto menor número de pacientes se atiende en la consulta, menor es la IT. Cuanto mayor sea la duración de la consulta, mayor probabilidad de modificar el tratamiento y, por lo tanto, menor IT⁹. Por último, las limitaciones que ponen algunas comunidades autónomas a la utilización de determinados fármacos hipolipemiantes hace que haya importantes diferencias en cuanto al control del colesterol entre ellas⁴.

Existen diferentes perfiles de los médicos con IT. En un reciente estudio realizado en Francia se preguntó a 125 médicos por qué no habían cambiado el tratamiento a sus pacientes a pesar de no estar en objetivos terapéuticos¹⁰. Con las respuestas fueron capaces de encontrar 7 diferentes tipologías de médicos con IT que se pueden resumir en 4 perfiles:

- Optimista: aquellos médicos que tienen grandes expectativas solo con los cambios en el estilo de vida.
- Aplazador o procrastinador: reevalúa una y otra vez al paciente sin decidirse a cambiar el tratamiento, negocia con los pacientes modificaciones parciales, no cambia el tratamiento porque «casi» alcanza el objetivo.
- Contextualizador: achaca el resultado a anomalías en la medida o a circunstancias personales o sociales del paciente (por ejemplo, el día anterior al análisis comió mucho o llevaba una semana muy estresado).
- Cauteloso: cuando el médico tiene miedo a efectos adversos del tratamiento o cree que existe insuficiente evidencia para modificar el tratamiento.

Tabla 1 Diez medidas para disminuir la inercia terapéutica

| |
|---|
| 1 Promover la formación continuada |
| 2 Marcar claramente los objetivos terapéuticos |
| 3 Establecer auditorías |
| 4 Implantar la historia clínica informatizada con alertas |
| 5 Favorecer o incentivar la investigación en este campo |
| 6 Divulgar las guías de práctica clínica mediante algoritmos y esquemas |
| 7 Crear incentivos motivadores |
| 8 Organizar la asistencia |
| 9 Mejorar la relación médico/paciente |
| 10 Implicar a otros agentes sanitarios en el problema |

Medidas para disminuir la inercia terapéutica¹

Puede verse un listado de las medidas en la [tabla 1](#).

Promover la formación continuada

El médico se encuentra inmerso en un proceso de enseñanza y aprendizaje continuo, por lo que promover la formación continuada es una buena herramienta para luchar contra la IT. En este contexto existen evidencias que demuestran que para ello es clave mejorar tanto sus conocimientos como sus actitudes y habilidades. Goldberg et al. demostraron el éxito de un modelo de formación centrado en la importancia del cumplimiento terapéutico y en otros aspectos relacionados con el manejo clínico de la hipercolesterolemia¹¹. Dicho modelo incluía varias sesiones grupales de corta duración, integradas dentro de las sesiones clínicas tradicionales, junto con el envío de varios correos electrónicos de carácter formativo. En dichos correos, la información se limitaba al equivalente a un «pantallazo» y se incluía un foro en línea para la discusión con el experto. Después de la intervención formativa, se incrementó la proactividad del médico, de tal forma que un mayor porcentaje de pacientes alcanzaron los objetivos terapéuticos, concretamente el 62% frente al 49% inicial¹¹. Estos resultados apoyan la necesidad de orientar la formación continuada del médico hacia la IT, si deseamos mejorar la consecución de los objetivos de control de nuestros pacientes.

Otro aspecto interesante que analizar es el modelo de formación continuada más adecuado y rentable. Aunque no existen argumentos sólidos para inclinarse por un modelo u otro, las diferentes opciones dependerán fundamentalmente de los recursos de los que se disponga y que mejor se adapten al profesional (económicos, geográficos, de accesibilidad, etc.). Tanto la formación a través de cursos presenciales u «on-line», la asistencia a reuniones científicas

¹ Las 10 propuestas de este decálogo fueron discutidas y votadas por los asistentes a la IV Reunión de las Unidades de Lípidos de la SEA, llevada a cabo en San Sebastián los días 2 y 3 de marzo de 2017 con los siguientes resultados: la 1 fue aprobada por el 94,8% de los votos; la 2 por el 98,2% de los votos; la 3 por el 99,1% de los votos; la 4 por el 58,4% de los votos; la 5 por el 75,0% de los votos; la 6 por el 96,0% de los votos; la 7 por el 86,3% de los votos; la 8 por el 90,5% de los votos; la 9 por el 89,5% de los votos y la 10 por el 77,3% de los votos.

y congresos, como la realización de estancias formativas en unidades especializadas son modelos que pueden mejorar la calidad de nuestra asistencia y poner en marcha instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios que permitan el intercambio de conocimientos, lo que derivará finalmente en una reducción de la IT. Merecerá la pena en el futuro poner en marcha diferentes programas, en especial basándose en métodos no tradicionales, para implementarlos con garantías de conseguir los mejores resultados.

Marcar claramente los objetivos terapéuticos

En la actualidad uno de los grandes esfuerzos de la comunidad científica va orientado a conocer el grado de control de nuestros pacientes. Las diferentes sociedades establecen, en sus guías de práctica clínica, los objetivos terapéuticos para facilitar a los médicos unas directrices homogéneas que permitan un adecuado manejo de sus pacientes con morbilidades crónicas. Sin embargo, continuamente se publican estudios que demuestran que no se alcanzan dichos objetivos en las principales enfermedades crónicas en nuestro país. Si analizamos específicamente el área cardiovascular, se ha descrito un acuciente infratratamiento de las dislipidemias, lo que cobra especial importancia en pacientes de alto riesgo¹². Además, el bajo cumplimiento de las guías de práctica clínica se produce tanto en prevención primaria como en secundaria. Aunque en este sentido son múltiples los factores del sistema de salud que pueden contribuir a la IT, parece razonablemente evidente que el médico juega un papel importante en ello. Puesto que los objetivos ya están definidos, nuestra propuesta es que el profesional establezca junto al paciente, antes de prescribir el tratamiento, las siguientes pautas:

- Determinar el riesgo cardiovascular, mediante escalas de riesgo validadas aplicadas de forma personalizada, explicando al interesado el significado del resultado obtenido.
- Marcar el objetivo terapéutico de acuerdo con las citadas guías, consensuando dicho objetivo con el paciente. Para ello sería útil identificar en el informe clínico mensajes cortos y de fácil lectura, que expresen con claridad los objetivos establecidos y les alienten a seguir su tratamiento para facilitar la consecución de los resultados deseados.
- Establecer, asimismo, con el paciente, el plan terapéutico para lograr el objetivo deseado. Para ello el médico tiene que hacerle ver el porcentaje de reducción del objetivo que se pretende conseguir y por qué se decide seleccionar el medicamento más adecuado. Con el objetivo de facilitar esta tarea, en los últimos años se han desarrollado diferentes tablas, como un instrumento de manejo sencillo que puede contribuir al mejor ajuste del tratamiento y a reducir nuestra propia IT^{13,14}.

Establecer auditorías

Aunque en nuestro sistema sanitario el modelo de auditorías está escasamente implantado y es heterogéneo, es cierto que en los últimos años se ha despertado un creciente interés por desarrollar sistemas de calidad. En este contexto parece claro el aforismo de que «lo que no se evalúa se

devalúa», aunque también el médico en nuestro entorno no se siente cómodo al ser auditado, a pesar de que es probablemente uno de los profesionales que más tiempo dedica a la formación continuada y de que la suya es una de las profesiones en las que impera un mayor rigor científico. Sin embargo, al margen de muchos factores en los que podríamos descargar culpas, la IT traduce una falta de calidad en nuestra labor clínica. Por ello, el sistema de auditorías puede servir, primero, no tanto para que el médico se sienta fiscalizado sino para obtener información sobre qué y cómo lo hacemos; en segundo lugar, para implantar medidas de mejora y, finalmente, para servir de estímulo para que nuestra calidad asistencial sea cada vez mejor. Para ello, proponemos que los médicos realicen una autoevaluación sistemática de su práctica clínica (*self-audit*) para conocer el grado de control de sus pacientes y posteriormente comparar los resultados obtenidos con los de otros compañeros del mismo entorno o de otras regiones. También es recomendable la realización de sesiones interactivas con especialistas o líderes de opinión en las que se discutan los resultados obtenidos y se faciliten herramientas para conseguir los objetivos. Una de las limitaciones que pueden tener las auditorías para evaluar la IT radica en la dificultad para cuantificar la inercia y esto se debe en parte a la falta de indicadores específicos y validados. Otra dificultad es la falta de criterios en la definición del período de tiempo desde la obtención de un resultado y la modificación del tratamiento, ya que esto puede realizarse en la misma visita médica o en visitas posteriores: esto hace que resulte difícil comparar trabajos sobre IT, ya que no hay uniformidad en la presentación de resultados. Finalmente es importante destacar la necesidad de que siempre exista al finalizar la auditoría, bien sea interna o externa, un retorno de la información que permita al médico analizar su propia práctica clínica y, consecuentemente, disminuir su IT.

Implantar la historia clínica informatizada con alertas

La historia clínica informatizada es útil desde el punto de vista administrativo, pero además aporta ventajas clínicas que ayudan a mejorar la calidad de la atención al paciente, como es la realización de estudios de investigación, de auditorías clínicas y facilita el trabajo en equipo. En una revisión sistemática de 257 estudios, Chaudhry et al. demostraron que, además, favorece la toma de decisiones basada en las guías clínicas¹⁵. En el ámbito cardiovascular, específicamente, las herramientas informáticas orientadas a la toma de decisiones mejoran la adhesión a las guías entre el 12 y el 20%, sobre todo en la prevención primaria y secundaria¹⁵.

Con el objetivo de reducir la IT, la historia informatizada se puede programar con sistemas de alerta que informen al médico de los objetivos de control, así como de la consecución o no de dichos objetivos. En un estudio realizado en más de 80.000 pacientes, en el que participaron 77 médicos, se comparó la eficacia de utilizar alertas electrónicas en las tomas de decisiones en el manejo de la dislipidemia. Para ello se compararon dichas alertas con la solicitud esporádica de consejo a un experto y con no realizar ninguna intervención (grupo control)¹⁶. Se observó que en el grupo de las alertas recibieron tratamiento el 66% de los pacientes

que lo precisaban, en comparación con el 40% del grupo que recibieron consejo y el 36% de los del grupo control¹⁶. Por tanto, los sistemas de alertas informáticas son una herramienta útil para combatir la IT, al mejorar el control de la dislipidemia. Pero, además, las alertas informáticas permiten al médico tomar sus decisiones inmediatamente y en presencia del paciente, sin diferir, por tanto, las decisiones terapéuticas. Hay que señalar, sin embargo, que un exceso de recordatorios puede abrumar al médico y hacer que tienda a ignorarlos.

Favorecer o incentivar la investigación en este campo

Cualquier estudio o proyecto de investigación orientado a documentar la IT, valorar la actitud del médico ante ella, analizar la variabilidad de la práctica clínica y proponer criterios de actuación dirigidos a reducirla o eliminarla son estrategias que, sin duda, permitirán mejorar la eficiencia clínica, con la consiguiente mejora de la calidad asistencial. En los últimos años se han puesto en marcha diferentes proyectos con relación a las enfermedades más prevalentes (dislipidemia, diabetes, hipertensión, etc.) con este fin. Pero, si interesantes han sido las iniciativas orientadas a determinar los factores determinantes de la IT (diagnósticos, clínicos y terapéuticos), más interesante será poner en marcha proyectos específicamente dirigidos a identificar modelos de actuación y estrategias que permitan romper la IT y mejorar la eficiencia en la atención al paciente con dislipidemia.

Un aspecto no baladí, al hablar de investigación, es la financiación. En este sentido, las instituciones sanitarias deberían ser sensibles a ello, y apoyar una investigación de calidad que puede ser clave para mejorar la calidad de la práctica clínica. Proyectos como DILEMA¹⁷ pueden ser puntos de partida para potenciar el conocimiento sobre estas herramientas en el manejo de la dislipidemia.

Divulgar las guías de práctica clínica mediante algoritmos y esquemas

La difusión de la información médica, por sí sola, es ineficaz para reducir la IT, ya que a menudo los profesionales dedican poco tiempo a revisar la literatura reciente. Las novedades adquiridas a través de nuevos ensayos clínicos se sustentan y resumen en las guías de práctica clínica, pero la complejidad y extensión de algunas de ellas puede ser un obstáculo para su aplicación diaria, sobre todo para especialidades multidisciplinares. Traducir estas guías a esquemas, cuadros sinópticos y algoritmos puede facilitar el logro de los objetivos terapéuticos prefijados, pero, en general, se debe considerar que los resultados de las diferentes intervenciones en la información y formación académica de los profesionales, aunque mejoran los resultados, se mantienen poco en el tiempo¹⁸. Sería interesante que dichos algoritmos se incluyeran en aplicaciones y en sistemas digitales para que el médico pudiera acceder a ellos desde su teléfono inteligente o tableta.

Crear incentivos motivadores (no solo económicos)

Los incentivos económicos para el logro de objetivos son efectivos y así se ha demostrado en varios estudios observacionales, pero también son efímeros. Los logros se mantienen mientras persiste el estímulo monetario. Es clásico el estudio de O'Connor que demuestra este hecho¹⁹.

Ocasionalmente los incentivos económicos pueden ser contradictorios, al primar estrategias que dificultan el logro de los objetivos marcados, como, por ejemplo, fomentar el empleo de fármacos más baratos pero menos potentes o limitar el uso de combinaciones más caras pero más eficaces.

Los incentivos no económicos (más medios humanos o materiales, tiempo para estudio o investigación, asistencia a congresos, etc.) exigen una imaginación que no siempre poseen los estamentos directivos y, sobre todo, no deben incrementar las cargas de trabajo del resto de los profesionales (no cubrir suplencias, duplicar consultas...).

Organizar la asistencia. Ajuste de presión asistencial

La organización de la consulta médica puede disminuir la IT. Siguiendo a Giugliano¹⁹, para que esto suceda la consulta debería diseñarse de forma similar a como se diseña un ensayo clínico. Se debería iniciar revisando la historia clínica de cada paciente previamente, valorando el logro de objetivos y posibles cambios del tratamiento, considerando las posibles interacciones y los efectos adversos. Finalmente, se deben registrar las modificaciones y las causas de estos cambios para disminuir la IT. Dependiendo de la presión asistencial se podrá o no seguir este planteamiento, pero no está claro si un menor número de pacientes por consulta se asocia a un mejor cumplimiento de las guías. Para algunos autores la respuesta sería afirmativa²⁰, pero para otros no sería así²¹. Campo controvertido y de investigación, sabiendo que existe más IT a mayor tiempo entre el diagnóstico, las modificaciones y la instauración del tratamiento.

Otro aspecto organizativo que parece disminuir la IT en las consultas de Atención Primaria consiste en separar la consulta programada de la consulta de demanda, ya que está demostrado que esta origina mayor IT. Asimismo, a más motivos de consulta (comorbilidades e hiperfrecuentadores) se originan menos cambios o ajustes de tratamiento, lo que incrementa la IT²².

Mejorar la relación médico-paciente

Esta estrategia sería un complemento o extensión de la anterior, dado que la mejora de la organización asistencial contribuirá, sin duda, a una mejor relación médico-paciente.

En Atención Primaria y algo menos en Medicina Interna la consulta es un proceso, sobre todo para los problemas crónicos, en los que el riesgo es menor y la incertidumbre, mayor. La relación entre médico y paciente es continuada en el tiempo, por lo que lo sucedido en entrevistas previas es clave para producir nuevas opciones. Esta situación hace difícil valorar la IT producida en una sola entrevista clínica²³.

Algunas características de los pacientes favorecen o, al menos, se asocian a una mayor IT. Así, más edad, el sexo

femenino y la existencia de comorbilidades originan en el paciente una mayor IT. Es crucial formar e informar a los pacientes sobre los objetivos que deseamos lograr y detectar los casos de negación de enfermedad o la existencia de focos de desconfianza (cambios frecuentes de profesionales, residentes, rotaciones...)²⁴.

Implicar a otros agentes sanitarios en el problema

Aunque en último término y por definición la IT se origina y deriva de un acto médico, la consulta ya no es una tarea exclusivamente médica. La IT podría disminuir con la colaboración de otros estamentos sanitarios. En efecto, la relación entre el profesional de la salud y el paciente es un elemento clave para mantener la adherencia terapéutica, pero también para fijar objetivos no farmacológicos como la dieta, el ejercicio físico o el abandono de hábitos tóxicos.

Una comunicación eficaz entre el profesional médico y de enfermería puede ayudar a detectar la inercia clínica con relación a esta práctica que, como se ha comentado, figura como primer paso en casi todos los protocolos; sobre todo en un ambiente de trabajo excesivamente centrado en medidas farmacológicas. En la actualidad, y ya desde hace tiempo, las consultas de enfermería son claves para «recetar» terapias o estilos de vida cardiosaludables que contribuyan al logro de los objetivos terapéuticos marcados. Aunque la investigación en estos puntos es escasa²⁰, es posible que el profesional de enfermería, además de ayudar a la adherencia y a disminuir la inercia clínica, pueda también detectar y avisar de casos de IT en los supuestos referidos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. López-Simarro F. Inercia terapéutica. Causas y soluciones. *Hipertension*. 2012;29 Supl 1:28-33.
2. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001;135:825-34.
3. Palazón-Bru A, Gil-Guillén VF, Orozco-Beltrán D, Pallarés-Carratalá V, Valls-Roca F, Sanchís-Domenech C, et al. Is the physician's behavior in dyslipidemia diagnosis in accordance with guidelines? Cross-sectional ESCARVAL study. *PLoS One*. 2014 Mar 13;9:e91567.

4. Galve E, Cordero A, Cequier A, Ruiz E, González-Juanatey JR. Grado de control lipídico en pacientes coronarios y medidas adoptadas por los médicos. Estudio REPAR. *Rev Esp Cardiol*. 2016;69:931-8.
5. Mostaza JM, Criado A, Laguna F, Torrecilla E, Vicente I, Lahoz C. Conocimiento sobre el tratamiento dietético y farmacológico de la hipercolesterolemia y su relación con el control de objetivos en pacientes que reciben estatinas: estudio OPINA. *Aten Primaria*. 2007;39:473-8.
6. Banegas JR, Vegazo O, Serrano P, Luengo E, Mantilla T, Fernández R, et al. The gap between dyslipidemia control perceived by physicians and objective control patterns in Spain. *Atherosclerosis*. 2006;188:420-4.
7. Man FY, Chen CX, Lau YY, Chan K. Therapeutic inertia in the management of hyperlipidaemia in type 2 diabetic patients: A cross-sectional study in the primary care setting. *Hong Kong Med J*. 2016;22:356-64.
8. Schaars CF, Denig P, Kasje WN, Stewart RE, Wolfenbuttel BH, Haaijer-Ruskamp FM. Physician, organizational, and patient factors associated with suboptimal blood pressure management in type 2 diabetic patients in primary care. *Diabetes Care*. 2004;27:123-8.
9. Parchman ML, Pugh JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: The case of elevated glycosylated hemoglobin. *Ann Fam Med*. 2007;5:196-201.
10. Lebeau JP, Cadwallader JS, Vaillant-Roussel H, Pouchain D, Yaouanc V, Aubin-Auger I. General practitioners' justifications for therapeutic inertia in cardiovascular prevention: An empirically grounded typology. *BMJ Open*. 2016;6:e010639.
11. Goldberg KC, Melnyk SD, Simel DL. Overcoming inertia: Improvement in achieving target low-density lipoprotein cholesterol. *Am J Manag Care*. 2007;13:530-4.
12. Kotseva K, de Bacquer D, de Backer G, Ryden L, Jennings C, Gyberg V, et al. Lifestyle and risk factor management in people at high risk of cardiovascular disease. A report from the European Society of Cardiology European Action on Secondary and Primary Prevention by Intervention to Reduce Events (EUROASPIRE) IV cross-sectional survey in 14 European regions. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23:2007-18.
13. Masana L, Plana N. Actualización de las tablas de planificación terapéutica hipocolesterolemizante orientada a la obtención de los objetivos. *Clin Investig Arterioscler*. 2015;27:138-43.
14. Morales C, Mauri M, Vila L. Vencer la inercia terapéutica en el manejo del paciente dislipidémico: Un reto en la práctica clínica diaria. *Clin Investig Arterioscler*. 2014;26:193-9.
15. Chaudhry B, Wang J, Wu S, Maglione M, Mojica W, Roth E, et al. Systematic review: Impact of health information technology on quality, efficiency, and costs of medical care. *Ann Intern Med*. 2006;144:742-52.
16. 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.
17. Disponible en: <http://www.proyectodilema.com/>
18. Faria C, Wenzel M, Lee KW, Coderre K, Nichols J, Belletti DA. A narrative review of clinical inertia: Focus on hypertension. *J Am Soc Hypertens*. 2009;3:267-76.
19. O'Connor PJ, Spert-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.
20. Giugliano D, Exposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA*. 2011;305:1591-2.
21. Doroodchi H, Abdolrasulnia M, Foster JA, Foster E, Turakhia MP, Skelding KA, et al. Knowledge and attitudes of primary care physicians in the management of patients at risk for cardiovascular events. *BMC Fam Pract*. 2008;9:42.
22. Turchin A, Shubina M, Pendergrass ML. Relationship of physician volume with process measures and outcomes in diabetes. *Diabetes Care*. 2007;30:1442-7.
23. 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.
24. Phillips LS. It's time to overcome clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2008;148:783-5.