



## CARTAS AL DIRECTOR

### Inercia terapéutica en asma



### Therapeutic inertia in asthma

*Sr. Director:*

El asma es una enfermedad donde el sustrato fisiopatológico es una inflamación crónica de las vías aéreas, que clínicamente muestra una gran variabilidad en sus manifestaciones. El control del asma es considerado un objetivo fundamental en el manejo de los pacientes con esta enfermedad. Sin embargo, los resultados obtenidos en diferentes estudios demuestran que este control es insuficiente en todas las poblaciones que se estudiaron<sup>1</sup>. Esto además repercute no solo en la calidad de vida de los pacientes, sino en otros muchos aspectos, incluido el gasto sanitario. El control del asma depende de muchos factores, como los debidos al sistema de salud, a los profesionales sanitarios y al paciente. El factor al que se le adjudica con más frecuencia este mal control es al incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes que, oscila según los estudios del 15 al 65%<sup>2</sup>.

En el año 2001 Phillips et al.<sup>3</sup> introducen el concepto de inercia clínica, definiéndola como los fallos del médico en la iniciación o intensificación del tratamiento cuando están indicados. En esta breve y simple definición quedaba patente lo que se ha denominado inercia terapéutica, si bien la inercia clínica puede afectar a otros elementos del proceso asistencial como el diagnóstico y el seguimiento. Un aspecto importante es que el médico reconoce el problema pero no modifica su actitud.

Posteriormente este concepto se ha ampliado y actualmente la inercia clínica incluye la no adherencia del paciente al tratamiento prescrito, la inercia terapéutica y la terapia inapropiada.

La inercia terapéutica es un aspecto del proceso asistencial mucho más estudiado con relación a las enfermedades cardiovasculares<sup>4</sup>, a la diabetes mellitus<sup>5</sup> y a la dislipemia. Solo encontramos un artículo en la literatura que investigue asma e inercia clínica, pero no describen como influye dicha inercia en el asma<sup>6</sup>. En el año 2012 Cooke et al. desarrollaron por primera vez este concepto en la EPOC destacando varios factores que contribuyen a la inercia clínica en la EPOC<sup>7</sup>.

Desde el Grupo de Respiratorio de SEMERGEN queremos aplicar este concepto de inercia clínica en el asma, dado que sus componentes afectan al control de esta enfermedad, readaptando los factores propuestos por Cooke al asma:

- a) Factores dependientes del profesional sanitario:
  - Infradiagnóstico o supradiagnóstico de asma.
  - Deficiente formación en asma.
  - No adherencia a las guías de práctica clínica.
  - Tratamiento inapropiado (infra o sobretreatmento).
  - Ausencia de un plan de seguimiento (no valorar exposición a alérgenos o fármacos desencadenantes, no comprobar la técnica de inhalación, etc.).
  - Fallos para identificar y manejar las comorbilidades (depresión, rinitis, reflujo gastroesofágico, etc.).
  - Deficiente educación en asma a los pacientes.
  - Deficiencias en la comunicación con los pacientes.
  - Atención reactiva en vez de proactiva frente a la enfermedad.
  - No investigar el incumplimiento terapéutico.
  - No individualizar el tratamiento.
- b) Factores dependientes del paciente:
  - Miedo a los efectos secundarios de los fármacos.
  - Considerar que se tiene demasiada medicación.
  - Olvidos en la toma de la medicación.
  - Coste de los medicamentos.
  - Negación de la enfermedad.
  - Negación de la severidad de la enfermedad.
  - Percepción de baja susceptibilidad.
  - Ausencia de síntomas de la enfermedad.
  - Desconfianza hacia el médico.
  - Pobre comunicación con el profesional sanitario.
  - Comorbilidades: enfermedades mentales (depresión, ansiedad, alexitimia, etc.), tabaco, otras sustancias de abuso.
  - Estilo de vida.
  - Baja «alfabetización» en salud, esto es, pocos conocimientos en salud.
  - Falta de colaboración en los autocuidados.
- c) Factores dependientes del sistema sanitario:
  - Falta de recursos (espirómetros, medidores de pico de flujo).
  - Tiempo insuficiente de consulta.
  - Ausencia de proceso asistencial en asma.
  - Deficiencias en formación continuada en asma.
  - No registro adecuado de la enfermedad en las historias clínicas.
  - Dificultad de planificación de la consulta.
  - Falta de apoyo en la toma de decisiones clínicas.
  - Falta de coordinación entre los miembros del equipo sanitario.

- Falta de coordinación y comunicación entre los niveles asistenciales.
- Ausencia de protocolos comunes en asma entre los niveles asistenciales.
- Falta de cobertura sanitaria.

La inercia clínica es un problema común en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas y el asma no se escapa de esta realidad. Aún así son múltiples las facetas de mejora. Por lo que hace falta un cambio de actitud de los profesionales sanitarios, que se acerquen más a la realidad y las necesidades de sus pacientes, una actualización periódica y una mejora en la calidad de la información que damos en las consultas, lo que permitirá un mayor empoderamiento de los pacientes con el fin de establecer juntos los objetivos y alentarlos a que se sientan colaboradores en la consecución de los resultados deseados. Indudablemente, y al igual que está ocurriendo con otras enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes o la dislipemia, debemos realizar un mayor esfuerzo investigador en la inercia clínica en el asma.

## Bibliografía

1. Cazzoletti L, Marcon A, Janson C, Corsico A, Jarvis D, Pin I, et al., Therapy and Health Economics Group of the European Community Respiratory Health Survey. Asthma control in Europe: A real-world evaluation based on an international population-based study. *J Allergy Clin Immunol*. 2007;120:1360-7.
2. López Viña A. Actitudes para fomentar el cumplimiento terapéutico en el asma. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:334-40.
3. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med*. 2001;135:825-34.
4. Sanchís Doménech C, Llisterrí Caro JL, Palomo Sanz V, Alonso Moreno FJ, López Rodríguez I, Nevado Loro A, et al. Inercia

terapéutica en pacientes hipertensos asistidos en atención primaria en España. *Estudio Objetivo Kontrol. Atención Primaria*. 2011;43:638-47.

5. González-Clemente JM, Font B, Lahoz R, Llauro G, Gambús G, en nombre del Grupo de investigadores del Estudio INERCIA. [INERTIA study: Clinical inertia in non-insulinized patients on oral hypoglycemic treatment. A study in Spanish primary and specialty care settings]. *Med Clin (Barc)*. 2013; S0025-7753.
6. Byrnes P, McGoldrick C, Crawford M. Asthma Cycle of Care attendance-overcoming therapeutic inertia using an asthma clinic. *Aust Fam Physician*. 2010;39:318-20.
7. Cooke CE, Sidel M, Belletti DA, Fuhlbrigge AL. Review: Clinical inertia in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *COPD*. 2012;9:73-80.

P. Martín-Pérez<sup>a</sup>, J. Quintano-Jiménez<sup>b</sup>, A. Hidalgo-Requena<sup>c</sup> y L. Ginel-Mendoza<sup>d,\*</sup>

<sup>a</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Agüimes, Servicio Canario de Salud, Agüimes, Las Palmas, España*

<sup>b</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria y Neumólogo, Centro de Salud de Lucena, Servicio Andaluz de Salud, Lucena, Córdoba, España*

<sup>c</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Lucena, Servicio Andaluz de Salud, Lucena, Córdoba, España*

<sup>d</sup> *Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Ciudad Jardín de Málaga, Servicio Andaluz de Salud, Málaga, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lginelm@semergen.es](mailto:lginelm@semergen.es) (L. Ginel-Mendoza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2014.02.005>

## Respuesta de los autores a la Carta al Director «Isquemia mesentérica aguda»



### Authors' response to the Letter to the Editor "Acute mesenteric ischemia"

Sr. Director:

Queremos agradecer el interés despertado y los comentarios emitidos sobre el artículo «Isquemia mesentérica: actualización de nuevas técnicas diagnósticas para una vieja enfermedad y revisión de signos radiológicos»<sup>1</sup>, que han tenido la amabilidad de enviar a su revista.

El trabajo presentado pretende revisar las pruebas de imagen y los hallazgos radiológicos más habituales de la isquemia mesentérica aguda.

Ante cualquier paciente, siempre es necesaria la valoración del binomio beneficio-riesgo, y si bien la tomografía computarizada (TC) presenta el inconveniente de la radiación y la toxicidad por contraste, la sospecha clínica de una isquemia mesentérica aguda en un contexto urgente, con una mortalidad superior al 60%, como se muestra en el artículo, debe plantear siempre la realización de esta prueba salvo contraindicaciones.

Los estudios revisados proponen la TC multidetector como prueba de elección para detectar isquemia mesentérica en situaciones urgentes, con una sensibilidad del 89% y una especificidad del 85%<sup>2-4</sup>. Las reconstrucciones multiplanares y volumétricas constituyen una importante aportación de esta técnica<sup>4</sup>.

Estamos de acuerdo en que existen otras técnicas de imagen que están implicadas en el diagnóstico de la isquemia mesentérica, como la resonancia magnética (RM), que aportan ciertas ventajas, que son comentadas en la Carta al Director, pero tienen un inconveniente muy importante, que es el largo tiempo de exploración, que en una situación urgente, en un paciente habitualmente con unas malas condiciones clínicas, constituye una limitación muy importante. Por otro lado, la disponibilidad de la RM en los servicios de

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semerng.2013.11.001>