



Preguntas frecuentes

Inercia terapéutica,
anticipación e intensificación
del tratamiento

ÍNDICE

1. ¿Qué es la inercia terapéutica?.....	03
2. ¿Por qué se produce la inercia terapéutica?.....	04
3. ¿Por qué es importante evitar la inercia terapéutica?.....	05
4. ¿Es frecuente la inercia terapéutica?	06
5. ¿En qué etapa de la diabetes hay mayor riesgo de inercia terapéutica?	06
6. ¿Qué pacientes presentan mayor riesgo de sufrir inercia terapéutica?	07
7. ¿Qué podemos hacer para evitar la inercia terapéutica?	07
8. ¿Qué recomiendan las guías para evitar la inercia terapéutica?	08
9. ¿Por qué la anticipación del tratamiento beneficia a los pacientes?	08
10.¿Existe evidencia científica del beneficio de la anticipación?.....	09
11. ¿Por qué es necesario intensificar el tratamiento?.....	09
12.¿Existe evidencia científica del beneficio asociado a la intensificación del tratamiento?	10
13.¿Debemos intensificar el tratamiento en todos los casos?.....	10
Referencias bibliográficas	11

1. ¿Qué es la inercia terapéutica?

La inercia terapéutica es la falta de inicio o intensificación del tratamiento cuando está indicado¹. En el contexto de la diabetes, la inercia se produce cuando a pesar de que el paciente no alcanza el objetivo de control glucémico, los profesionales sanitarios no actúan para iniciar o intensificar el tratamiento¹.



2. ¿Por qué se produce la inercia terapéutica?

La inercia terapéutica puede producirse como consecuencia de actitudes relacionadas tanto con el médico como con el paciente. Entre ellas se incluyen^{1,2}:

- El fracaso al pactar el objetivo terapéutico con el paciente.
- La subestimación de la necesidad de tratamiento.
- La sobreestimación del resultado esperado.
- La falta de formación en la identificación o el manejo de la patología.
- La carencia de los recursos y tiempo necesarios.
- El miedo a los efectos adversos derivados del tratamiento y, en especial, el rechazo al tratamiento con insulina por parte del paciente.
- La falta de conciencia acerca de la gravedad de la enfermedad.
- La mala comunicación entre el médico y el paciente.
- La falta de adherencia al tratamiento.

3. ¿Por qué es importante evitar la inercia terapéutica?

La inercia terapéutica es una de las principales causas del mal control glucémico del paciente. Los pacientes que no reciben el tratamiento adecuado mantienen una hiperglucemia durante largos períodos de tiempo, lo que se asocia a un peor pronóstico^{1,2}.

La inercia terapéutica tiene un impacto negativo tanto en el paciente como en el sistema sanitario, ya que se ha asociado con³:

- Menor calidad y esperanza de vida.
- Mayor riesgo de complicaciones microvasculares, como retinopatía diabética.
- Mayor riesgo de complicaciones macrovasculares, como infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus o episodios cardiovasculares.
- Mayor dificultad para alcanzar el objetivo terapéutico a largo plazo.
- Aumento del gasto sanitario.

4. ¿Es frecuente la inercia terapéutica?

A pesar de la gran disponibilidad y la eficacia de los tratamientos existentes en la actualidad, hasta el 50 % de los pacientes presenta un valor de hemoglobina glicosilada superior al objetivo terapéutico^{1,4}. La inercia terapéutica se postula como una de las principales causas de este mal control glucémico y se estima que puede afectar a entre el 30 % y el 70 % de los pacientes¹.

A modo de ejemplo, aproximadamente el 50 % de los pacientes incluidos en el estudio INERCIA llevado a cabo en España mostró un valor de hemoglobina glicosilada ≥ 7 %, sin que se decidiera intensificar el tratamiento⁵.

5. ¿En qué etapa de la diabetes hay mayor riesgo de inercia terapéutica?

La inercia terapéutica puede ocurrir en cualquier etapa del tratamiento de la diabetes, lo cual incluye la prescripción de recomendaciones de cambio de estilo de vida, el inicio de tratamiento farmacológico con metformina, la adición de otros antidiabéticos no insulínicos y la insulinización².

6. ¿Qué pacientes presentan mayor riesgo de sufrir inercia terapéutica?

La inercia terapéutica afecta a todo tipo de pacientes, pero es más frecuente en pacientes ancianos que en los más jóvenes, sobre todo cuando el valor de hemoglobina glicosilada no es especialmente elevado².

7. ¿Qué podemos hacer para evitar la inercia terapéutica?

La inercia La frecuencia y el impacto negativo de la inercia terapéutica nos obligan a buscar estrategias para evitarla, entre las que se encuentran^{2,3}:

- **Formación:** mantenerse actualizado y seguir las recomendaciones de las guías clínicas para el manejo adecuado de los pacientes diabéticos.
- **Comunicación:** establecer una relación entre médico y paciente adecuada para que el paciente sea consciente de la importancia del tratamiento y se sienta partícipe en la toma de decisiones y consecución de objetivos.
- **Elección de tratamiento:** para favorecer la adherencia, se recomienda seleccionar tratamientos con menos efectos adversos (por ejemplo, aquellos que provoquen menos hipoglucemias y que no aumenten el peso) y esquemas más sencillos (por ejemplo, una sola toma al día o asociar varios principios activos en único comprimido).
- **Colaboración:** promover la cooperación y comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios. Por ejemplo, la implicación de las enfermeras en la educación y seguimiento de los pacientes mejora la confianza y la adherencia al tratamiento.

8. ¿Qué recomiendan las guías para evitar la inercia terapéutica?

- **Monitorizar:** el esquema farmacológico, la adherencia al tratamiento y el cumplimiento del objetivo terapéutico se deben reevaluar a intervalos regulares (cada 3 a 6 meses) y ajustarlos según sea necesario^{6,7}.
- **Anticipar:** el inicio temprano de la terapia combinada puede proporcionar un beneficio clínico, por lo que su uso debería considerarse mediante una decisión consensuada con el paciente⁶.
- **Intensificar:** si el paciente no alcanza el objetivo terapéutico a los 3-6 meses, es necesario intensificar el tratamiento, es decir, añadir nuevos fármacos al esquema terapéutico^{6,7}.

9. ¿Por qué la anticipación del tratamiento beneficia a los pacientes?

Iniciar la terapia combinada antes de que el paciente muestre valores alejados del objetivo glucémico evita que el paciente sufra períodos de hiperglucemia mantenida, mejora el control glucémico y reduce la morbilidad y la mortalidad^{3,4}.

10. ¿Existe evidencia científica del beneficio de la anticipación?

El estudio EDICT mostró que la terapia intensiva desde el inicio con metformina, pioglitazona y exenatida en pacientes recién diagnosticados era más efectiva que el abordaje tradicional basado en la adición secuencial de metformina, sulfonilurea e insulina basal, ya que produjo una mayor reducción de la hemoglobina glicosilada y no aumentó el riesgo de hipoglucemia⁸.

En el estudio VERIFY, el inicio temprano de la terapia combinada con metformina y vildagliptina en pacientes recién diagnosticados proporcionó un mejor control glucémico y retrasó el fracaso del tratamiento⁹.

11. ¿Por qué es necesario intensificar el tratamiento?

En el curso de la diabetes de tipo 2 se produce una pérdida progresiva de la función de las células del páncreas y un aumento de la resistencia a la insulina, por lo que la mayoría de los pacientes necesitan intensificar el tratamiento para mantener un buen control glucémico².

12. ¿Existe evidencia científica del beneficio asociado a la intensificación del tratamiento?

En el estudio CompoSIT-M, añadir sitagliptina a la metformina en pacientes que no estaban adecuadamente controlados con metformina en monoterapia proporcionó un mejor control de la glucemia¹⁰.

En el estudio CompoSIT-I, mantener la sitagliptina al iniciar el tratamiento con insulina en lugar de suspenderla proporcionó un mejor control glucémico y una menor tasa de hipoglucemias, ya que disminuyó la cantidad necesaria de insulina diaria¹¹.

13. ¿Debemos intensificar el tratamiento en todos los casos?

Aunque de forma general se recomienda intensificar el tratamiento cuando no se alcanza el objetivo terapéutico, es importante evitar el sobret ratamiento. En pacientes ancianos, con comorbilidades o con una esperanza de vida corta, la terapia intensiva puede aumentar el riesgo de efectos adversos (como hipoglucemia) y aumentar el gasto sanitario sin que esto se traduzca en un efecto beneficioso para el paciente. Por ese motivo, es importante individualizar los objetivos terapéuticos de manera que sean menos exigentes en este tipo de pacientes^{1,3}.

Referencias bibliográficas

1. Mata M. Inercia terapéutica en el tratamiento de la diabetes tipo 2. *Diabetes Práctica*. 2017;08(Supl Extr 1):1-20.
2. 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(6):501-11.
3. Khunti S, Khunti K, Seidu S. Therapeutic inertia in type 2 diabetes: prevalence, causes, consequences and methods to overcome inertia. *Ther Adv Endocrinol Metab*. 2019;10:2042018819844694.
4. Brunton S. Therapeutic Inertia is a Problem for All of Us. *Clin Diabetes*. 2019;37(2):105-6.
5. González-Clemente JM, Font B, Lahoz R, Llauradó G, Gambús G. Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no insulinizados en tratamiento con hipoglucemiantes orales. Estudio INERCIA. *Med Clínica*. 2014;142(11):478-84.
6. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2020. *Diabetes Care*. 2020;43(Suppl 1):S1-212.
7. Grupo de trabajo de diabetes de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN). Documento de abordaje integral de la diabetes tipo 2 [Internet]. 2019 [citado 2020 jul 8]. Disponible en: https://www.saedyn.es/wp-content/uploads/2018/05/2018-05-05-Abordaje-Integral-DM2_SEEN_2018_GTDMSEEN-1-1.pdf
8. Abdul-Ghani MA, Puckett C, Triplitt C, Maggs D, Adams J, Cersosimo E, et al. Initial combination therapy with metformin, pioglitazone and exenatide is more effective than sequential add-on therapy in subjects with new-onset diabetes. Results from the Efficacy and Durability of Initial Combination Therapy for Type 2 Diabetes (EDICT): a randomized trial. *Diabetes Obes Metab*. 2015;17(3):268-75.

9. Matthews DR, Paldánus PM, Proot P, Chiang Y, Stumvoll M, Del Prato S, et al. Glycaemic durability of an early combination therapy with vildagliptin and metformin versus sequential metformin monotherapy in newly diagnosed type 2 diabetes (VERIFY): a 5-year, multicentre, randomised, double-blind trial. *Lancet Lond Engl.* 2019;394(10208):1519-29.
10. Frias JP, Zimmer Z, Lam RLH, Amorin G, Ntabadde C, Iredale C, et al. Double-blind, randomized clinical trial assessing the efficacy and safety of early initiation of sitagliptin during metformin uptitration in the treatment of patients with type 2 diabetes: The CompoSIT-M study. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(5):1128-35.
11. Roussel R, Duran-García S, Zhang Y, Shah S, Darmiento C, Shankar RR, et al. Double-blind, randomized clinical trial comparing the efficacy and safety of continuing or discontinuing the dipeptidyl peptidase-4 inhibitor sitagliptin when initiating insulin glargine therapy in patients with type 2 diabetes: The CompoSIT-I Study. *Diabetes Obes Metab.* 2019;21(4):781-90.



© 2020 - Almirall.

Material editado por [Kalispera medical writing S.L.](#) para Almirall.
Reservados todos los derechos.

Se prohíbe la reproducción total o parcial por ningún medio, electrónico o físico.



almirall

feel the science