

- 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, Llisterri 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, Llauredó 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^a, J. Quintano-Jiménez^b, A. Hidalgo-Requena^c y L. Ginel-Mendoza^{d,*}

^a Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Agüimes, Servicio Canario de Salud, Agüimes, Las Palmas, España

^b Medicina de Familia y Comunitaria y Neumólogo, Centro de Salud de Lucena, Servicio Andaluz de Salud, Lucena, Córdoba, España

^c Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud de Lucena, Servicio Andaluz de Salud, Lucena, Córdoba, España

^d 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 (L. Ginel-Mendoza).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.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»¹, 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%²⁻⁴. Las reconstrucciones multiplanares y volumétricas constituyen una importante aportación de esta técnica⁴.

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

urgencias es baja; además, las RM de alta intensidad (> 3 T), que se proponen, no están disponibles en la mayoría de los hospitales de este país. La RM tiene menor resolución espacial y mucho mayor coste. La RM sin contraste no es una herramienta adecuada para el diagnóstico de la isquemia mesentérica⁵. Es posible que en un futuro se desarrollen aparatos que permitan mejorar estos inconvenientes, pero a día de hoy la TC multidetector sigue siendo de elección, como primera aproximación.

La arteriografía efectivamente constituye el «gold standard» para el diagnóstico y permite el tratamiento endovascular de alguna de estas lesiones, pero tiene el inconveniente de ser invasiva⁵ y, por lo tanto, debe reservarse para un segundo tiempo, una vez confirmado el diagnóstico clínico mediante pruebas no invasivas.

La TC multidetector permite localizar las formas de isquemia mesentérica primaria, así como la isquemia no oclusiva, que obligaría a evaluar causas secundarias. Además, es capaz de valorar la perfusión intestinal en prácticamente toda su extensión, y permite excluir otros procesos también urgentes, que formarían parte del diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Palma Baro A, Caldevilla Bernardo D, Parrondo Muiños C. Isquemia mesentérica: actualización de nuevas técnicas diagnósticas para una vieja enfermedad y revisión de signos radiológicos. *Semer-gen*. 2013;39:279–81.
 2. Johnson JO. Diagnosis of acute gastrointestinal hemorrhage and acute mesenteric ischemia in the era of multi-detector row CT. *Radiol Clin North Am*. 2012;50:173–82.
 3. Carreras Aja M, Arrieta Artieda I, Borruel Nacenta S. La tomografía computarizada multidetector en el abdomen agudo. *Radiología*. 2011;53:60–9.
 4. Furukawa A, Kanasaki S, Kono N, Wakamiya M, Tanaka T, Takahashi M, et al. CT diagnosis of acute mesenteric ischemia from various causes. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;192:408–16.
 5. Oliva IB, Davarpanah AH, Rybicki FJ, Desjardins B, Flamm SD, Francois CJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® imaging of mesenteric ischemia. *Abdom Imaging*. 2013;38:714–9.
- A. Palma Baro^{a,*}, D. Caldevilla Bernardo^b y
C. Parrondo Muiños^a
- ^a *Servicio de Radiodiagnóstico, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España*
^b *Servicio de Urgencias, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, Albacete, España*
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: apalmabaro@hotmail.com
(A. Palma Baro).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2013.11.008>