

## ¿Inercia clínica, que tanto nos afecta?

Jorge E. Machado-Alba

Grupo de Investigación en Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia. Audifarma S.A., Pereira, Risaralda, Colombia.  
Correo electrónico: machado@utp.edu.co

Fecha de Recepción: 24-01-2013.

Fecha de Aceptación: 07-02-2013.

### Resumen

El concepto de inercia clínica está relacionado con la falla de los médicos en iniciar o intensificar una terapia que está indicada cuando no se han alcanzado las metas establecidas para el tratamiento de una enfermedad, en especial las crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemia. Puede presentarse por factores relacionados con el médico tratante (50% de los casos), el paciente (30%) o el mismo sistema de salud (20%) y conlleva la subutilización de una terapia que es efectiva en prevenir resultados clínicos serios tales como muerte, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular. En investigaciones hechas por nuestro grupo hemos encontrado que ante la falta de control de la HbA1c en diabéticos de todo el país, en el 60,3% de los casos el médico no modifica la conducta, así como tampoco lo hace en el 41,8% de los hipertensos o en el 57,5% de los dislipidémicos que no alcanzan cifras de tensión arterial o de colesterol-LDL adecuadas. Creemos que es necesaria la implementación de estrategias que involucren la capacitación, actualización y sensibilización de los médicos en el manejo de éstas morbilidades crónicas, pero más aún, hace falta un cambio de actitud de nuestros clínicos, que se acerquen a las necesidades de sus pacientes y hagan el seguimiento completo y brinden una información adecuada en cada consulta médica.

**Palabras clave:** Inercia; hipertensión; diabetes mellitus; dislipidemia; Actitud del Personal de Salud; Calidad de la Atención de Salud.

### Clinical inertia, how much affects us?

#### Abstract

The concept of clinical inertia is related to the failure of physicians to initiate or intensify therapy is indicated when they have not achieved the goals established for the treatment of a disease, especially chronic conditions like diabetes mellitus, hypertension and dyslipidemia. It can occur by factors related to the physician (50% of cases), the patient (30%) or the health system (20%) and leads to underutilization of a therapy that is effective in preventing serious clinical outcomes such as death, myocardial infarction and stroke. In research conducted by our group have found that in the absence of control of HbA1c in diabetics across the country, in 60.3% of cases the doctor does not change the therapy, and neither does it in 41.8% of hypertensive or 57.5% of dyslipidemic patients, when not achieve appropriate blood pressure or LDL-cholesterol levels. We believe it is necessary to implement strategies that involve training, updating and awareness of physicians in the management of these chronic morbidities, but more so, we need a change in attitude of our clinicians, who approach the needs of their patients and make proper controls and provide appropriate information at each visit.

**Key words:** inertia; hypertension; diabetes mellitus; dyslipidemias; Attitude of Health Personnel; quality of health care.

### Introducción

El término inercia clínica es citado por primera vez en Medline en un artículo de Andrade et al en el año 2004. En ese momento lo definió como una “falla de los prestadores de atención en salud para comenzar nuevos medicamentos o incrementar las dosis de la medicación que actualmente toma el paciente cuando los parámetros clínicos no se han normalizado” (1).

Se hizo una búsqueda sistemática de información en las bases de datos MedLine-PubMed, Scielo, Imbiomed con los términos claves “clinical inertia, therapeutic inertia, inercia clínica e inercia terapéutica” y se tomaron en cuenta editoriales, artículos de reflexión, estudios observacionales, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y meta-análisis que trataran el tema.

### Inercia Clínica

También la inercia clínica se ha definido como el fracaso de los médicos en iniciar o intensificar un tratamiento que está indicado. La inercia clínica se observa comúnmente en el manejo de enfermedades crónicas, en especial diabetes mellitus, hipertensión arterial e hipercolesterolemia, sobre todo en fases asintomáticas, pero también se ha observado en la terapia del asma e incluso en la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida) (2-4). Y no solo debe considerarse la inercia al manejo de una morbilidad o un factor de riesgo, debe entrarse a determinar la inercia frente a las condiciones responsables de agravar la enfermedad, y frente a la inexistencia de registros adecuados de los pacientes en las historias clínicas (5, 6).

También se ha empleado el término inercia terapéutica, pero algunos autores sugieren que éste es un tanto impreciso y que debe preferirse el de inercia clínica. Ésta última comprende diferentes factores que reúnen al menos 3 categorías: a) factores del médico, b) factores del paciente y c) factores del sistema de salud. La inercia clínica es un constructo teórico importante que conlleva la subutilización de una terapia que es eficaz y efectiva en prevenir resultados clínicos serios tales como muerte, infarto agudo de miocardio y accidente cerebrovascular. El uso subóptimo de una terapia es particularmente importante en las enfermedades crónicas cuyas terapias han sido catalogadas como adecuadas y existe evidencia de su efectividad (2, 7).

La inercia clínica ocurre por ejemplo cuando el paciente falla en alcanzar la meta en el marcador biológico (por ejemplo mantener la tensión arterial por debajo de 140/90 mmHg en hipertensos, o menor a 130/80 mmHg en hipertensos que también son diabéticos), debido al menos en parte a un fallo para intensificar la farmacoterapia, ya sea elevando y ajustando la dosis y/o agregando nuevos medicamentos al régimen terapéutico. Se ha atribuido que la inercia clínica se debe en el 50% de los casos a factores del prescriptor, 30% a factores del paciente y 20% a factores del sistema sanitario (8). De hecho, la inercia clínica ocurre cuando el prestador del servicio de salud reconoce el problema (el fracaso en alcanzar el objetivo terapéutico) pero falla para actuar (para iniciar o intensificar la terapia). Sin embargo, éste concepto es más que una falla en el actuar, puesto que se debe reconocer incluso que factores como la comunicación que da el médico puede afectar la adherencia. Además, se ha encontrado que los pacientes se adhieren más a los manejos que son recomendados por médicos que recibieron entrenamiento en herramientas de comunicación que por aquellos que no recibieron tal entrenamiento (9).

Se han podido determinar algunos de los factores que contribuyen a una aparente inercia clínica y los que son atribuibles a los médicos se han identificado así: 1) fallas para iniciar el tratamiento, 2) fallas para valorar las metas del tratamiento, 3) que no se fijen metas claras, 4) se subestiman las necesidades del paciente, 5) se falla en identificar y manejar comorbilidades tales como la depresión, 6) el médico no utilizó tiempo suficiente para atender el paciente, 7) insuficiente énfasis en el logro de las metas, y 8) prestar una atención reactiva en lugar de proactiva (7). La mayoría de estos factores se pueden modificar con la adecuada capacitación, entrenamiento y seguimiento de las prácticas usuales de los clínicos. También se pueden implementar sistemas de auditoría que evalúen las conductas asumidas frente a los pacientes donde es común que se presente la inercia clínica (7, 10).

En el caso de los pacientes se ha podido identificar que los factores que pueden contribuir son: 1) aparición de efectos indeseables, 2) tener que tomar demasiados medicamentos, 3) olvido, 4) el costo de los medicamentos, en especial en países de bajos ingresos como el nuestro, 5) negación de la enfermedad, 6) negación de la gravedad de la enfermedad, 7) percepción de baja susceptibilidad a las enfermedades, 8) ausencia de los síntomas de la enfermedad, 9) desconfianza en el médico, 10) pobre comunicación con el prescriptor, 11) bajo nivel educativo, 12) enfermedad mental, depresión o abuso de sustancias y 13) el estilo de vida de cada paciente. Por las condiciones de nuestros pacientes puede ser más difícil conseguir intervenir y reducir la inercia clínica y mejorar la adherencia, sin embargo, hay fuertes evidencias que muestran que al mejorar la comunicación entre el médico y el enfermo y al crear grupos de apoyo y seguimiento que lo llamen, visiten y acompañen se puede conseguir que se adhiera a la terapia y se logre el objetivo terapéutico (7, 10).

Los factores del sistema de salud que pueden contribuir a la inercia clínica son: 1) la carencia de guías de práctica, 2) la falta del registro en la historia clínica de las condiciones del paciente, 3) que no permita planear las consultas médicas, 4) no apoye las decisiones del prescriptor, 4) no cuente con un equipo encargado del cuidado de la salud de pacientes crónicos y 5) una pobre comunicación entre los médicos y el personal administrativo (7, 10). En nuestro país, pueden agregarse factores como el déficit en la cobertura sanitaria que aún no se ha resuelto, las limitaciones terapéuticas a que se ven abocados algunos médicos cuando el paciente no tolera los medicamentos disponibles en el Plan Obligatorio de Salud, la desaparición de la condición de afiliado al Sistema General de Seguridad Social en

Salud muchas veces por pérdida del empleo o por falta de recursos económicos para pagar la cuota de aseguramiento (11).

La inercia clínica está acompañándonos y esto se ha hecho evidente en algunos trabajos que hemos publicado que evaluaban la efectividad y la calidad de los tratamientos en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemia y VIH/sida. Por ejemplo, en 406 pacientes diabéticos evaluados entre 2006 y 2008 en nueve ciudades de Colombia, se encontró que la meta terapéutica para la hemoglobina glicosilada ó A1c (HbA1c) se alcanzó en el 42,9% de los casos, pero cuando no se alcanzaba esta meta, el 60,3% de los pacientes no recibían ningún ajuste a la terapia, ni se les aumentaba la dosis o adicionaba un nuevo tratamiento. Situación similar ocurría ante la falta de control de las cifras de tensión arterial, pues solo en el 58,2% de los pacientes se modificó el manejo y peor aún cuando se trataba de dislipidemia, puesto que solo se ajustó en el 42,5% de los casos (12). La situación se complica, pues en un trabajo similar hecho en 2011 que está en proceso de publicación con 600 pacientes dislipidémicos de 10 ciudades del país, hallamos que la conducta fue modificada solo en el 38,7% de los casos en que la terapia no había sido efectiva.

Definitivamente es necesaria la implementación de estrategias que busquen nuevas formas de capacitar, actualizar y sensibilizar a los médicos en el mejor manejo de sus pacientes con morbilidades crónicas (2, 13). El desarrollo de programas de atención integral basados en la mayor evidencia y que involucren a otros profesionales de la salud como el personal de enfermería, trabajadores sociales y químicos farmacéuticos en el apoyo del tratamiento y control de estos pacientes (14). Por ejemplo, el uso de algoritmos de manejo y seguimiento, pueden asegurar que se hagan las evaluaciones y se soliciten los marcadores biológicos necesarios para determinar si la meta se está alcanzando y si se están siguiendo las recomendaciones que sean requeridas cuando no se logra el objetivo (15).

## Conclusión

Sin embargo, más allá de la incorporación de nuevas tecnologías, más personal y la suma de más recursos económicos, hace falta un cambio de actitud de nuestros clínicos, que se acerquen más a la realidad y las necesidades de sus pacientes, que se actualicen periódicamente y que brinden una información adecuada en cada consulta médica.

## Conflictos de Interés

El autor declara no tener conflictos de interés.

## Referencias

1. Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS, Kelleher M, Majumdar SR, Reed G, Black R. Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am J Manag Care* 2004;10(7 Pt 2):481-486.
2. Touzé E, Coste J, Voicu M, Kansao J, Masmoudi R, Doumenc B, Durieux P, Mas JL. Importance of in-hospital initiation of therapies and therapeutic inertia in secondary stroke prevention: Implementation of Prevention After a Cerebrovascular event (IMPACT) Study. *Stroke* 2008;39(6):1834-1843.
3. Egan BM, Zhao Y, Axon RN, Brzezinski WA, Ferdinand KC. Uncontrolled and apparent treatment resistant hypertension in the United States, 1988 to 2008. *Circulation* 2011;124(9):1046-1058.

4. Agarwal R, Bills JE, Hecht TJ, Light RP. Role of home blood pressure monitoring in overcoming therapeutic inertia and improving hypertension control: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension* 2011;57(1):29-38.
5. Lázaro P, Murga N, Aguilar D, Hernández-Presa MA; INERTIA Study Investigators. Therapeutic inertia in the outpatient management of dyslipidemia in patients with ischemic heart disease. The inertia study. *Rev Esp Cardiol* 2010;63(12):1428-1437.
6. Achutti AC. Therapeutic inertia. *Arq Bras Cardiol* 2010;95(4):419-21.
7. Allen JD, Curtiss FR, Fairman KA. Nonadherence, clinical inertia, or therapeutic inertia? *J Manag Care Pharm* 2009;15(8):690-695.
8. O'Connor PJ, Sperl-Hillen JM, Johnson PE, Rush WA, Biltz G. Clinical inertia and outpatient medical errors. April 2005. Agency for Healthcare Research and Quality. Disponible en: <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/advances/vol2/OConnor.pdf>. Fecha de Acceso: Enero 13, 2013.
9. Zolnieriek KB, DiMatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care* 2009;47(8):826-834.
10. Byrnes P, McGoldrick C, Crawford M. Asthma Cycle of Care attendance -overcoming therapeutic inertia using an asthma clinic. *Aust Fam Physician* 2010;39(5):318-320.
11. Machado-Alba JE, Vidal X. Effectiveness of antiretroviral treatment in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2012;32(5):360-367.
12. Machado-Alba JE, Moncada-Escobar JC, Gaviria H. Quality and effectiveness of diabetes care for a group of patients in Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2009; 26(6):529-535.
13. Hoepfner C, Franco SC. Therapeutic inertia and control of high blood pressure in primary health care units. *Arq Bras Cardiol* 2010;95(2):223-228.
14. Salisbury C, Fahey T. Overcoming clinical inertia in the management of hypertension. *CMAJ* 2006;174(9):1285-1286.
15. Schwartz SS, Kohl BA. Glycemic control and weight reduction without causing hypoglycemia: the case for continued safe aggressive care of patients with type 2 diabetes mellitus and avoidance of therapeutic inertia. *Mayo Clin Proc* 2010;85(12 Suppl):S15-S26.