

Inercia Clínica

Manuel Ramiro H.

El concepto de inercia clínica fue descrito originalmente por Phillips,¹ lo utilizó para describir la falta de cambios terapéuticos ante la respuesta inadecuada a alteraciones asintomáticas, como los de la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus. El manejo de problemas asintomáticos tiene particularidades, en ocasiones difíciles de enfrentar. El que no existan molestias que obliguen o conduzcan a un tratamiento sintomático o en los que se busque la solución de un riesgo inminente, hace necesario que se tenga que conceptualizar el riesgo a mediano y largo plazo. Esta conceptualización es necesario que se realice tanto por el médico como por el paciente, la responsabilidad de que el paciente lo haga es, cuando menos en parte, del médico.

El análisis de la inercia clínica ha sido motivo de interés de muchos grupos pero los dedicados a medicina familiar, medicina de primer contacto y los médicos generales se han interesado en ello.² Como los internistas participamos de manera frecuente en el manejo presintomático de estas alteraciones puede resultar de interés la reflexión sobre este concepto.

La medicina tradicionalmente ha estado enfocada a la solución de alteraciones que ocasionan molestias, la solución de estas ha sido el motivo fundamental de las acciones médicas; sin embargo, es cada vez más claro que muchos de los padecimientos se gestan desde periodos asintomáticos y que las modificaciones de estas alteraciones durante estos periodos asintomáticos pueden resultar en mejores resultados en morbilidad, mortalidad y calidad de vida, y en disminución de los costos de atención.

Han quedado establecidos los niveles de tensión arterial que en los pacientes hipertensos permiten la disminución de la mortalidad y morbilidad cardiovascular, también las cifras de colesterol HDL que permiten un riesgo cardiovascular menor y, como ciertos valores de glucemia y de

hemoglobina glicada señalan un mejor control y menores riesgos de complicaciones de la diabetes mellitus tipo 2. El que persistentemente no se consigan estas metas y no se desencadenen modificaciones terapéuticas es lo que se conoce ahora como inercia clínica.

Las causas de la inercia clínica pueden ser diversas pero están fundamentalmente constituidas por la falta de adiestramiento del médico para conseguir las metas terapéuticas, también puede ser secundaria a la falta de interés para obtenerlos, otra posibilidad es el que el médico no consiga transmitir al paciente la importancia que tiene obtener las metas en bien de mejorar los riesgos a mediano y largo plazo, esto último incluye la falta de apego terapéutico a las medidas farmacológicas y a las no farmacológicas que incluyen los cambios en el estilo de vida, que para conseguir resultados en estos casos resultan fundamentales. Un déficit en la organización de los servicios también puede ser la causa. Aunque existan guías y reglamentos acerca de las metas en estos casos, la consulta despersonalizada, la imposibilidad de dedicar un tiempo adecuado a la consulta del paciente y otras pueden ser el origen de la inercia clínica.

La inercia clínica está constituida, fundamentalmente, por la falta de respuesta del médico ante el fracaso para obtener las metas deseadas, las que disminuyen los riesgos, en las enfermedades asintomáticas.

La solución puede fundamentarse en una organización adecuada de los servicios, la supervisión y, sobretodo, la educación continuada del problema específico. Parece ser que la correspondencia individualizada con base en los resultados específicos es la que mejores resultados consigue.^{3,4} Esto se puede lograr por vía electrónica o no pero siempre se debe procurar hacerlo a través de mensajes breves, personalizados y puntuales sobre la situación específica.

Desde luego, siempre habrá que individualizar y personalizar las medidas terapéuticas, para tratar de evitar las

complicaciones que con el tratamiento pueden suceder y no buscar resultados sin observar los resultados sobre el paciente. Un artículo reciente invita a meditar sobre ello.⁵ En él se comenta cómo existen mayores complicaciones en los pacientes que reciben tratamiento *intensivo* frente a los que lo reciben *estándar* en la hipertensión arterial sin obtenerse mejores resultados cuando se consiguen cifras menores a las recomendadas. En el artículo también se comenta cómo el tratamiento hipolipemiente se hace de manera intensiva como manejo de la prevención primaria de la enfermedad cardiovascular a pesar de los pobres resultados que se obtienen. Frente a la inercia terapéutica encontramos con frecuencia la polifarmacia que se administra especialmente a pacientes mayores. Seguramente lo que habrá que realizar en cada caso es ajustar la prescripción de cada paciente a metas específicas no prescribiendo en busca de efecto placebo o acciones no comprobadas ni dejar de ajustar los medicamentos atribuyendo la falta

de respuesta a la falta de apego de nuestros pacientes o menos, aun a desinterés en la búsqueda de resultados deseables o incluso importantes.

REFERENCIAS

1. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, et al. What is Clinical Inertia? *Ann Intern Med* 2001;135:825-834.
2. Ceitlin J. Inercia clínica: otra cara del fracaso terapéutico. Evidencia. Actualización en la práctica ambulatoria 2004;6(4):98-100.
3. Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians practice. *N Engl J Med* 1993;329:1271-1273.
4. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995;274:700-705.
5. Giugliano D, Esposito K. Clinical inertia as a clinical safeguard. *JAMA* 2011;305(15):1591-1592.