

Resumen de los conceptos salientes

1. La *inercia clínica* es un problema común en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas, como la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes.
2. Una causa fundamental de la inercia clínica es la falta de educación y entrenamiento del médico en dirigir el tratamiento al logro de las metas terapéuticas, lo que es causa de la sobre-estimación de la atención provista, así como del uso de razones inconsistentes para evitar la intensificación del tratamiento.
3. Otra causa importante es la falta de organización del servicio con los diferentes recursos destinados a facilitar el logro de las metas terapéuticas: uso de flujogramas y recordatorios en papel o computarizados y feedback periódico sobre el desempeño del médico. Son estrategias que ayudan a evitar la *inercia clínica* y tienden a mejorar el desempeño del médico.
4. Se requiere que los programas de educación médica en pregrado y postgrado pongan énfasis no solo en los mecanismos de la enfermedad, diagnóstico y tratamiento sino también en estrategias que faciliten una buena atención. De igual modo, los programas de Educación Médica Continua deben incluir el estudio de guías basadas en la evidencia y el concepto de la *inercia clínica*.
5. Permitir algunas excepciones que atiendan aspectos particulares del paciente pueden evitar el sobre-tratamiento proporcionándole una atención individualizada.

Este editorial pretende llamar la atención hacia un factor recientemente descrito, que es causa de fracasos en el tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial (HTA), dislipidemia (DLP) y diabetes (DBT). Se trata de un fenómeno de comportamiento médico sobre el cual advirtió el Dr. Lawrence S. Phillips, profesor de endocrinología de la Universidad Emory (EE.UU.), en un artículo publicado en *Annals of Internal Medicine* de Noviembre de 2001¹ y al que denominó *Inercia Clínica*. En una comunicación personal el autor nos confirmó que él y su grupo acuñaron esta denominación que nos parece muy acertada².

Se describen a continuación los elementos principales de la tesis del Dr. Phillips. La conclusión del trabajo dice: la HTA, la DLP y la DBT son problemas comunes y costosos. Las guías clínicas para el manejo de estos problemas están bien establecidas, pero muchos pacientes no son tratados efectivamente. Aunque el logro de las metas estándares de atención puede estar limitado por problemas de acceso, costos o no adherencia del paciente, en muchos casos se debe a la inercia clínica que consiste en la falla de los médicos en iniciar o intensificar el tratamiento cuando está indicado. Es parte de la necesidad de aprender a manejar mejor los problemas crónicos, lo que se conseguirá incluyendo en la educación y en la práctica médica enfoques que faciliten respuestas adecuadas a problemas asintomáticos.

Por el papel que puede desempeñar en el mejoramiento de la atención médica, este concepto debe ser difundido entre los médicos de atención primaria, en especial, por la responsabilidad que tienen en el seguimiento longitudinal de los pacientes. La idea de *inercia clínica* surge principalmente del análisis del comportamiento médico frente a tres enfermedades crónicas encontradas comúnmente en atención primaria de la salud: la HTA, la DBT y la DLP. Se trata de padecimientos que permanecen silenciosos durante muchos años, frente a los cuales tanto el médico como el paciente generan muchas veces actitudes que representan barreras para abordar un tratamiento correcto.

La medicina y las enfermedades asintomáticas o silenciosas.

La evolución de la medicina ha estado orientada y estimulada históricamente por los síntomas. Su principal objetivo fue siempre solucionar los síntomas que presentan los pacientes. Sin embargo, cada vez más, la enfermedad y la muerte son causadas por desórdenes de los cuales muchas veces la única manifestación objetiva es un valor anormal como sucede con HTA, DLP y DBT. Aunque se pueden presentar en forma aguda, las complicaciones que hacen ostensibles estas enfermedades con signos y síntomas, solo ocurren después que la enfermedad existió por muchos años, como es el caso de la insuficiencia cardíaca congestiva, la enfermedad coronaria o las úlceras del pie. Por ello, es esencial que los médicos de familia, generales y clínicos respondan con intervenciones apropiadas cuando encuentren valores anormales aún

en ausencia de síntomas, dicha respuesta es de alta prioridad y significa buen manejo de estos problemas.

En HTA, DLP y DBT, la investigación clínica ha demostrado claramente que el tratamiento puede prevenir o demorar las complicaciones permitiendo la fijación de metas terapéuticas bien definidas. Las guías de prácticas para cada una de estas enfermedades han sido ampliamente difundidas y los médicos disponen de tratamientos sumamente efectivos. Sin embargo, la nutrida literatura revisada en el artículo demuestra que muchos médicos no hacen lo que corresponde: iniciar o intensificar el tratamiento, según el caso, en pacientes que consultan por esos problemas. **Esta conducta, caracterizada por el reconocimiento del problema pero falla en la acción, se ha definido como *inercia clínica*.**

El concepto de *inercia clínica* agrega una faceta más al rompecabezas que constituye la atención de los pacientes aclarando una causa importante de fracasos en el tratamiento. La *inercia clínica* atañe al médico, a diferencia de la adherencia, que atañe al paciente.

Los médicos de atención primaria conocemos bien la preocupación que nos embarga cuando el tratamiento de nuestro paciente no alcanza los resultados previstos. Entonces comenzamos a preguntarnos ¿habré indicado la dosis correcta? ¿debo cambiar el medicamento? ¿cumplió el paciente con las modificaciones dietéticas y en su estilo de vida que le indiqué?, o sencillamente ¿estará tomando los medicamentos? Son preguntas frecuentes ante un paciente que "no anda" como nosotros quisiéramos.

Frente a unas cifras de TA o de colesterol LDL o de glucemia que se mantienen anormales nos preguntamos: ¿hubiera debido iniciar tratamiento farmacológico? o para alcanzar los valores que la evidencia científica me indica como aceptables ¿hubiera debido incrementar la dosis del medicamento?

Existe mucha literatura referida a "compliance" o adherencia del paciente, pero el trabajo que motiva nuestro comentario es el primero que llama la atención sobre un fenómeno netamente médico, lo describe, lo bautiza, lo indaga y sugiere algunas soluciones: la *inercia clínica*.

La presencia de HTA, valores anormales en los lípidos o hiperglucemia, son suficientes para autorizar el tratamiento y la mayoría de los autores está de acuerdo en que el tratamiento es beneficioso. Sin embargo, como lo demuestran los trabajos revisados, muchos pacientes que presentan esas anormalidades no son tratados adecuadamente o simplemente no son tratados.

La evidencia sobre *inercia clínica* surge de dos tipos de análisis: el epidemiológico y del comportamiento del médico durante la consulta.

1. Evidencia Epidemiológica.

El buen manejo de los pacientes con HTA, DLP y DBT comprende dos pasos: a) reconocer la anormalidad y b) iniciar o intensificar el tratamiento hasta el logro de las metas terapéuticas.

En un grupo de artículos publicados en *Diabetes Care*, *Hyper-tension*, *JAMA*, *Circulation* y *Journal of the American College of Cardiology*, se revisan las decisiones de los médicos con respecto al tratamiento de los tres desórdenes mencionados.

En EE.UU. se diagnostican aproximadamente el 69% de los pacientes con HTA, el 47% con colesterol elevado y el 65% con DBT. Se utiliza tratamiento farmacológico en aproximadamente el 53% de los pacientes con HTA, 17% a 23% de los que tienen colesterol elevado y 73% de los que tienen diagnóstico de DBT. Sin embargo, el control de la presión sanguínea es adecuado solo en alrededor del 45% de los pacientes tratados, los niveles de colesterol de baja densidad (LDL) son reducidos a las metas consistentes con las guías del NCEP (*National Cholesterol Education Program*) en solo 14% a 38% de los pacientes tratados y los valores de hemoglobina glicosilada (Hb A1c) menos de 7% según las metas recomendadas por la *American Diabetes Association*, se logran en solo 33% de los pacientes tratados. De estas cifras se deduce que "aunque los médicos diagnostican y tratan muchos pacientes, en su mayoría son tratados inadecuadamente".

Los ensayos clínicos demuestran que los tratamientos son efectivos para lograr las metas terapéuticas en HTA, colesterol LDL elevado y DBT, pero el hecho de que solo se alcanzan en un número limitado de pacientes tratados debe ser atribuido a la *inercia clínica*.

2. Evidencia en el Desempeño Médico.

Los trabajos de Berlowitz y col.³, Becker y col.⁴, y El-Kebbi y col.⁵, que se resumen más abajo, analizan el desempeño médico en pacientes con HTA, colesterol LDL elevado y DBT, respectivamente. Un ejemplo de *inercia clínica* en el manejo de la HTA. Berlowitz³ y col. hicieron el seguimiento de hombres con HTA durante dos años en cinco hospitales de Veteranos de Nueva Inglaterra y encontraron que un 40% de los pacientes tenía una TA de 160/90 mmHg a pesar de que consultaban en promedio más de seis veces por año por ese problema. Pacientes que recibieron tratamiento más intensivo tuvieron cifras significativamente mejores de TA, pero el tratamiento fue intensificado solo en el 6,7% de las consultas. La persistencia de una TA elevada parecía deberse a que el médico no intensificaba el tratamiento. Por ello los autores anotaron: "los médicos demoraban repetidamente en introducir cambios en el régimen de tratamiento".

Un ejemplo de inercia clínica en el manejo de los lípidos. Becker y col.⁴, evaluaron durante dos años el manejo de la DLP en un servicio de atención primaria, en Baltimore. Los médicos habían recibido entrenamiento en el uso de las recomendaciones contenidas en las guías nacionales. El grupo en estudio estaba constituido por pacientes de alto riesgo ya que cada uno de ellos tenía un hermano con enfermedad coronaria documentada antes de los 60 años de edad. Con el uso de fármacos se lograron las metas propuestas para el nivel de colesterol LDL pero al final del seguimiento solo el 17% del grupo atendido en ese servicio seguía recibiendo el tratamiento. La conclusión fue que los proveedores de atención primaria en general "fallaban en aplicar las guías en una población de muy alto riesgo, en la que se imponía".

Un ejemplo de inercia clínica en el manejo de la DBT. El-Kebbi y col.⁵ examinaron las decisiones clínicas tomadas durante tres años en una clínica de DBT de un hospital municipal de Atlanta. Aunque los integrantes de la clínica usaban un protocolo común para el manejo de la DBT II, el tratamiento fue ajustado solo en el 36% de 1051 visitas analizadas en las que los pacientes reunían los criterios para ser intensificado. En 198 pacientes en los que se comprobó hiperglucemia persistente, a pesar del manejo con dos meses de dieta, el valor de Hb A1c era mayor de 9% y el nivel de glucosa plasmática en ayunas, mayor de >200 mg/dL. Sin embargo, el tratamiento farmacológico fue intensificado solo en el 50% de las visitas.

Los tres trabajos mencionados coinciden en que muchos de los pacientes tratados, a pesar del fracaso en alcanzar las metas terapéuticas, seguían teniendo consultas que no eran adecuadas ni efectivas.

Causas de la Inercia Clínica.

La *inercia clínica* es un problema del profesional de salud, independiente de los problemas de adherencia y acceso a la atención, que están más vinculados al paciente. La no adherencia se cita frecuentemente como una barrera al buen tratamiento, pero varios trabajos demuestran que los pacientes vuelven al consultorio para controlarse y aunque pueden omitir alguna dosis, no dejan de tomar los medicamentos según lo recomendado. Por ello, la no adherencia del paciente no justifica que los médicos no inicien o intensifiquen el tratamiento, según corresponda, durante las consultas de esos pacientes. Otras razones mencionadas como barreras para la omisión del tratamiento farmacológico cuando está indicado, son las presiones de diverso tipo que limitan el tiempo de la consulta, la preocupación por los costos y los efectos colaterales de los medicamentos. Sin embargo, Chaudhry y col.⁶ encontraron poca evidencia de que los médicos más ocupados no proporcionaran servicios preventivos y la *inercia clínica* se ha observado en hospitales de veteranos y en clínicas de servicios públicos donde el costo de los medicamentos es un problema menos significativo. En cuanto a los efectos colaterales en pacientes que ya están tomando el medicamento en dosis menores no debería generar una preocupación mayor.

Miller y col.⁷ enunciaron como razones probables por las que los médicos toman la decisión de no intensificar el tratamiento, las siguientes: a) consideran que las cifras de TA, colesterol LDL o glucemia no son muy importantes, b) sienten que es menos estimulante tratar pacientes asintomáticos que manejar enfermedades sintomáticas y/o c) no están familiarizados con las guías clínicas. Esto último fue analizado en un estudio realizado sobre 370 médicos de atención primaria en Alabama, Iowa y Maryland. Allí encontraron que el valor de Hb A1c considerado aceptable como meta de 6.9% era consistente con el de las guías de la *American Diabetes Association* y similar a las utilizadas por los residentes de medicina interna. Comprobaron además, que los médicos eran precisos para calificar los niveles de control de DBT de los pacientes. Según El-Kebbi y col.⁸, los médicos identificaron en forma apropiada el 88% de los pacientes con DBT bien controlada y el 94% de aquellos con DBT pobremente controlada. Dedujeron que en lo que respecta a DBT, la *inercia clínica* no se puede atribuir a la falta de conocimiento de los estándares o guías clínicas.

Cuando se trata de enfermedades asintomáticas, la *inercia clínica* podría ser el reflejo de una falta de predisposición de los pacientes para aceptar o cumplir un tratamiento. Los pacientes sin síntomas están más preocupados por los costos y los riesgos del tratamiento que aquellos que esperan alivio por el tratamiento. Los pacientes que tienen una experiencia previa de efectos indeseables pueden ser remisos a tomar medicamentos para una enfermedad asintomática y su actitud puede influir sobre la decisión del médico cuando propone un tratamiento agresivo. Aunque las dificultades en manejar problemas asintomáticos son comprensibles y deben ser objeto de educación tanto de los pacientes como de los médicos, esto no disminuye la necesidad de mejorar la atención de enfermedades que poseen esa característica, como HTA, DLP y DBT.

Los autores creen que la *inercia clínica* se debe principalmente a tres causas: a) sobre-estimación de la atención provista, b) uso de razones poco consistentes para evitar la intensificación del tratamiento y c) falta de educación, entrenamiento y organización de la consulta, para centrarse en el logro de los objetivos terapéuticos. Es nuestra opinión, que los dos primeros problemas son consecuencia del último por lo que su solución eliminaría aquellos. También es una barrera potencial para la atención, la preocupación sobre si los resultados de grandes estudios realizados en un ámbito de investigación pueden aplicarse legítimamente a la toma de decisiones para pacientes individuales en un ámbito clínico típico.

Merece una reflexión especial el rechazo, con base racional o irracional, del paciente al tratamiento médico. En algunos casos lo

que parece *inercia clínica*, puede ser una respuesta apropiada hacia pacientes que desean ser "cuidados" más que "tratados" por problemas silenciosos aunque en esos casos podría ser difícil determinar si los pacientes están adecuadamente informados sobre los riesgos y los beneficios de su postura.

Los médicos tienen poco entrenamiento y experiencia en "tratar con la mira puesta en el objetivo o meta terapéutica". Mientras que los estudios prospectivos sobre eficacia clínica incorporan a menudo protocolos en los cuales la dosificación es ajustada hasta que se alcanzan las metas específicas, las oportunidades de atención clínica longitudinal con énfasis en intensificar el tratamiento para satisfacer las metas estándares de atención son escasas en la mayoría de los programas de las escuelas de medicina y de las residencias.

El uso rutinario de listas de cotejo para intervenciones preventivas y flujogramas para DBT ha mostrado que mejoran la atención, pero a muchos médicos no les han enseñado la necesidad de estos procedimientos y como implementarlos en diferentes ámbitos ni como organizar sus consultorios para facilitar la identificación de los problemas terapéuticos.

¿Cómo evitar la Inercia Clínica?

La inercia clínica se ha encontrado aún en centros de excelencia tanto en atención médica como en educación médica. Por ello, la educación médica de pregrado y postgrado debe ser modificada para preparar médicos de atención primaria que mejoren el manejo de los pacientes con problemas como HTA, DLP y DBT.

Para mejorar la calidad los esfuerzos deben centrarse en el proveedor de servicios. El mejoramiento del "proceso", en este caso la intensificación del tratamiento, contribuye a un mejor "resultado". Sin embargo, las estrategias necesitarán centrarse también en los estudiantes de medicina, residentes y médicos en ejercicio. Es probable que la simple aprobación de guías clínicas tenga poco impacto. En su lugar, la educación debe hacer que los médicos tomen conciencia de los siguientes conceptos: a) los beneficios que se obtienen al tratar teniendo siempre presentes las metas terapéuticas, b) la complejidad del tratamiento con vistas a la meta cuando se combinan diferentes desórdenes y c) la necesidad de estructurar la organización de la práctica de modo que facilite el manejo efectivo de aquellos desórdenes en los cuales la resolución de los síntomas no es suficiente para guiar la atención.

Debido a que es posible pasar por alto problemas que no están asociados con síntomas y sobre-estimar la propia adherencia a las guías de tratamiento, los médicos deben aprender que es necesario construir dentro de su práctica un sistema que asegure la atención adecuada. Eisenberg⁹ escribió que una manera muy efectiva de modificar el desempeño médico es incorporar información educativa en la retroalimentación individualizada y oportuna sobre desempeño del médico. Coincidiendo con otros autores Greco¹⁰, Davis¹¹⁻¹² y Eisenberg,⁹ señalaron el poco beneficio que tienen en general las conferencias o clases tradicionales en el aula como estrategia de educación médica continuada para cambiar el desempeño del médico. Según informes disponibles, parece que

las conferencias sobre Medicina Basada en la Evidencia tienen mayor mérito. Sin embargo, hay métodos como el uso de recordatorios, flujogramas y retroalimentación individual sobre el desempeño, que son a menudo más efectivos en modificar la conducta de los clínicos en ejercicio.

En 22 estudios revisados se demostró que la utilización de recordatorios a médicos fueron intervenciones efectivas.¹¹ Los recordatorios pueden ser de diferentes formas: información computarizada con señales para identificar valores anormales, listas de cotejo para registrar servicios preventivos realizados o flujogramas con guías detalladas para el manejo. En un trabajo sobre recordatorios computarizados utilizados durante dos años, se comprobó que entre los médicos que recibieron los recordatorios las conductas apropiadas aumentaron un 20% en comparación con los que no los recibieron. Otro trabajo mostró que con el uso de flujogramas para pacientes sobre cuidado del pie diabético en una clínica de medicina general las infecciones serias del pie fueron un 50% menos frecuentes entre los pacientes del estudio que entre los del grupo control. Se usaron enfoques similares para mejorar la adherencia del médico a las actividades de mantenimiento de la salud, guías de cuidados preventivos para DBT y guías para el manejo del colesterol y para obviar la tendencia de los médicos a sobreestimar su propia adherencia. Por lo tanto, **los recordatorios computarizados o en papel, parecen ser efectivos en reforzar la práctica clínica, impulsando al médico a tomar una acción inmediata en presencia del paciente.**

El feed-back individualizado sobre el desempeño consiste en proveer a los clínicos información sobre su propia práctica. Hecho en forma oportuna y específico al problema clínico en cuestión es muy efectivo y es más beneficioso si se combina con alguna forma de revisión cara-a-cara de la historia clínica.

La mejor estrategia para evitar la *inercia clínica* es combinar flujogramas, recordatorios y feedback sobre el desempeño. Sería muy conveniente aprender dichas estrategias en la facultad de medicina y la residencia.

El uso de flujogramas en pacientes con enfermedades crónicas es un procedimiento conveniente y barato que combina las características del monitoreo de datos internos y el feedback y, recuerda a los médicos que deben ordenar las pruebas e intensificar el tratamiento si las metas no se están logrando.

Los clínicos experimentados reconocerán que siempre hay excepciones y que la rigidez en la aplicación de las guías de tratamiento a los pacientes puede resultar en sobre-tratamiento o en acciones inapropiadas. Cuando se implementen los recordatorios o el feedback, será importante permitir la individualización de la atención. Una decisión ideal sería intensificar el tratamiento de la DBT un 80% a 90% de las veces, en lugar del 100% cuando los valores de la Hb A1c exceden 7%, permitiendo alguna excepción en el manejo de pacientes que son frágiles o han tenido problemas de severa hipoglucemia.

Hasta aquí hemos extractado las partes más importantes del extenso artículo de Phillips y su grupo

Prof. Dr. Julio Ceitlin [Director, Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires]

Referencias

- Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, Miller CD, Ziemer DC, Barnes CS. What Is Clinical Inertia? *Ann Intern Med* 2001; 135:825-34.
- Phillips LS. Comunicación personal; Abril 20, 2003.
- Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, Friedman RH, Glickman M, Kader B, et al. Inadequate management of blood pressure in a hypertensive population. *N Engl J Med*. 1998;339:1957-63.
- Becker DM, Raqueno JV, Yook RM, Kral BG, Blumenthal RS, Moy TF, et al. Nurse-mediated cholesterol management compared with enhanced primary care in siblings of individuals with premature coronary disease. *Arch Intern Med*. 1998;158:1533-9.
- El-Kebbi IM, Ziemer DC, Musey VC, Gallina DL, Bernard AM, Phillips LS. Diabetes in urban African-Americans. IX. Provider adherence to management protocols. *Diabetes Care*. 1997;20:698-703.
- Chaudhry R, Kottke TE, Naessens JM, Johnson TJ, Nyman MA, Cornelius LA, et al. Busy physicians and preventive services for adults. *Mayo Clin Proc*. 2000;75:156-62.
- Miller CD, Phillips LS, Tate MK, Porwoll JM, Rossman SD, Cronmiller N, et al. Meeting American Diabetes Association guidelines in endocrinologist practice. *Diabetes Care*. 2000;23:444-8.
- El-Kebbi IM, Ziemer DC, Gallina DL, Dunbar V, Phillips LS. Diabetes in urban African-Americans. XV. Identification of barriers to provider adherence to management protocols. *Diabetes Care*. 1999;22:1617-20.
- Eisenberg JM. Doctor's Decisions and the Cost of Medical Care. The Reasons for Doctors' Practice and Ways to Change Them. *Ann Arbor, MI: Health Administration Pr*; 1986.
- Greco PJ, Eisenberg JM. Changing physicians' practices. *N Engl J Med*. 1993;329:1271-3.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA*. 1995;274:700-5.
- Davis DA, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Evidence for the effectiveness of CME. A review of 50 randomized controlled trials. *JAMA*. 1992;268:1111-7.