

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS



**INERCIA CLINICA EN EL MANEJO DE PACIENTES HIPERTENSOS DE LA
CONSULTA EXTERNA EN HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE
NOVIEMBRE 2014**

**INFORME FINAL DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

Presentado por:

Dra. Diana Esmeralda Galdámez.
Dr. Kevin Antonio Gutiérrez Pacheco.

Para optar al título de: ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Asesor Metodológico de Tesis: Dr. Samuel Gerardo Henríquez Olivares

SAN SALVADOR, FEBRERO DE 2017.

INDICE

	Resumen	1
I	Introducción	2
II	Objetivos	7
III	Diseño y métodos	8
IV	Resultados	11
V	Discusión	15
VI	Conclusiones	17
VII	Recomendaciones	18
VIII	Bibliografías	19
IX	Anexos	21

RESUMEN

RESUMEN

La inercia clínica es la falta de intensificación del tratamiento en un paciente o el fracaso a la hora de iniciar otro. El objetivo de este estudio fue identificar la prevalencia de inercia clínica cometida por personal de salud en el manejo farmacológico de los pacientes hipertensos en control subsecuente en consulta externa del Hospital Regional de Sonsonate ISSS, las características clínicas y epidemiológicas de estos pacientes y las especialidades médicas que con más frecuencia cometieron inercia. El estudio fue de tipo transversal y se realizó a través de la revisión de expedientes de pacientes que acudieron a control subsecuente y retiraron antihipertensivos del área de farmacia del hospital durante el mes de Noviembre de 2014. La muestra fue de 169 personas de las cuales 64 cumplieron con los criterios de inclusión. Se encontró inercia clínica en el manejo de 17 pacientes que corresponde a 26.6 % de los expedientes revisados, ya sea porque no se modificó la dosis del antihipertensivo o no se agregó un antihipertensivo más de otra familia, a pesar de que el paciente persistía con valores de presiones arteriales iguales o superiores a 140/90 mm de Hg durante dos o más controles subsecuentes. La edad en la que se encontró mayor inercia fue en los mayores de 60 años en un 53%, el 58.9% fueron del sexo femenino, el 58.8% fueron asegurados, el fármaco más utilizado en los casos de inercia fue un IECA o ARA II como fármaco único en el 46.9% de los pacientes y el médico general cometió inercia en el manejo del 53 % de casos. Se encontró inercia en el manejo farmacológico de los pacientes, aunque debe tomarse en cuenta que este estudio no exploró factores relacionados al criterio médico, **se recomienda implementar un programa de atención con personal de salud encargado de coordinar la atención multidisciplinaria de pacientes en los que se detecte inercia clínica, además se sugiere si se realiza un nuevo estudio sobre el tema, realizarlo por conglomerados si se desea determinar las especialidades médicas involucradas y categorizar inercia clínica en factores del médico, del paciente y del sistema al investigar causas.**

I. INTRODUCCIÓN

La inercia clínica (IC) es definida como el fracaso a la hora de iniciar el tratamiento o intensificarlo en el momento apropiado, y fue descrito originalmente por Phillips LS y colaboradores en el 2001¹. Lo utilizó para describir la falta de cambios terapéuticos, ante la respuesta inadecuada a alteraciones sintomáticas como los causados por la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus. El fallo de los médicos para indicar, recomendar, estudiar o dar seguimiento a sus pacientes, que lleva a la consecuencia de un perjuicio en términos de salud¹.

La inercia clínica es común en el tratamiento de enfermedades crónicas, como diabetes e hipertensión en fases asintomáticas². Entre las causas de inercia clínica, se ha descrito que los médicos no siguen las guías de práctica clínica, una falsa impresión de buen control de la enfermedad, la percepción de mala adherencia del paciente y la falta de entrenamiento y organización¹. El término “inercia clínica” se utiliza para resumir 3 problemas asociados a la inadecuada gestión de las enfermedades crónicas: la sobrestimación de la atención prestada; razones suaves para evitar la intensificación de la terapia; y la falta de educación, la formación y la organización de la práctica encaminada a la consecución de los objetivos del tratamiento². La Inercia Clínica es particularmente importante en enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión arterial y las dislipidemias ya que pueden contribuir en una elevación del 80% al apareamiento de ataques cardiacos y accidentes cerebrovasculares en estas enfermedades³. La inercia clínica es, por lo tanto, la principal causa de eventos adversos potencialmente prevenibles, la discapacidad, la muerte, y los costos de atención médica en exceso³.

Se han postulado tres principales causas de IC: factores médicos, factores del paciente y factores del sistema. La Inercia Clínica tiene varias fuentes que pueden interactuar de maneras complejas, entonces el desarrollo de intervenciones para reducir la inercia clínica puede mejor ser multifactorial en la naturaleza y para optimizar su eficacia se ha estimado que el porcentaje relativo de contribución de estos son 50% factores del médico, 30% del paciente y 20% factores del sistema³.

Phillips¹ describe tres factores médicos que contribuyen al problema en el inicio y en la intensificación del tratamiento médico cuando está indicado:

1. Los médicos sobre valoran el manejo que brindan (asumen que la mayoría de sus pacientes hipertensos están bien controlados).
2. Los médicos usan diferentes razones para no aumentar la terapia.
3. Los médicos tienen deficiente educación en el manejo de las enfermedades.

En un estudio transversal multicentrico realizado en la comunidad valenciana de España en año 2003 al 2004, en un total de 35,424 sujetos llevado a cabo en 428 centros de salud y /o clínicas de atención primaria se encontró que la inercia clínica estaba presente en el 32.5%, un 37% fue detectada cuando el tratamiento no se había modificado para un paciente hipertenso con la presencia de valores de presión arterial elevadas concluyendo que la inercia clínica estuvo presente en 1 de cada 3 casos de presión alta y los factores asociados fueron la presencia de otras enfermedades⁴.

En el año 2013, se realizó una revisión sistemática y los datos se analizaron utilizando un método cualitativo comparativo constante⁵. La selección final incluyó 89 artículos, 112 códigos fueron agrupados en 4 categorías: términos y definiciones (semántica), "quién" (médico, paciente o sistema), "cómo y por qué" (mecanismos y razones), y "apropiado". Con respecto a cada una de estas categorías, se encontraron una serie de afirmaciones contradictorias. En general, los límites de lo que debería considerarse como la inercia no eran claras. Se resaltó que lo que se consideraba inercia podría ser en realidad la atención adecuada, dependiendo de la situación⁵. El análisis de los datos reveló una importante falta de conceptualización de la inercia terapéutica en la hipertensión y las discrepancias importantes con respecto a sus causas posibles, mecanismos y resultados. Debido a lo anterior se menciona que el concepto debe ser dividido en dos partes: la falta de acción adecuada y la inercia inadecuada. El desarrollo de definiciones consensuadas y operativas que dependen de los datos empíricos y la exploración de los mecanismos íntimos que subyacen a estos comportamientos ahora son necesarios⁵.

En un estudio realizado en España durante 2002-2010 se determinó la conducta terapéutica de los médicos de atención primaria en los pacientes hipertensos no controlados. Los datos fueron tomados de 3 estudios transversales encargados de determinar las tasas de control de presión arterial en pacientes hipertensos, el control adecuado fue globalmente definido

como presiones arteriales inferiores a 140/90 para la población hipertensa en los 3 estudios. En pacientes diabéticos, enfermedad renal crónica o enfermedad cardiovascular, el control de la presión arterial se estableció como niveles inferiores a 130/85. Un total de 36,235 pacientes fueron incluidos y de ellos un 40% alcanzaron objetivos en la presión arterial, en aquellos pacientes con presión arterial no controlada, los médicos modificaron el tratamiento en 40% de los casos ($p < 0.001$).

En un estudio realizado a partir de cuatro ensayos clínicos que tuvo como objetivo investigar el mecanismo que explica por qué en estos estudios los pacientes se mantuvieron sin control de su alta presión arterial, el dato control fue presión arterial $< 140/90$ mm Hg en todos los ensayos, y se identificaron que en algunos grupos fue necesario incrementar la dosis del medicamento para mantener el nivel óptimo de tensión arterial según el dato control, en otros grupos a pesar de mantener presiones arteriales arriba de la presión control el médico no aumentó la dosis del medicamento.⁶

En un estudio realizado en España multidisciplinario de pacientes en prevención secundaria de eventos cardio-vasculares (ECV) cuyo objetivo fue conocer la influencia del adecuado control de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) sobre la evolución clínica de la enfermedad. Incluyó pacientes que habían tenido un episodio sintomático de ECV: cerebral, coronario o en las extremidades inferiores en los últimos 3 meses. En las distintas visitas se recogieron los datos referentes al paciente y sus tratamientos. El profesional encargado del paciente decidió la periodicidad de las visitas y los tratamientos; el único requisito era la existencia al menos de 3 visitas durante el primer año. Incluye pacientes seguidos en atención especializada (el 96%, de los cuales el 90% son médicos internistas) y en atención primaria. Los profesionales que participaron en este lo hicieron de forma voluntaria y trabajaban en hospitales y centros de salud españoles. Se seleccionaron todos los pacientes incluidos en el registro FRENA desde Febrero de 2002 hasta Diciembre de 2006 que tenían registrados el mínimo de datos requeridos para realizar el análisis. De los 1.750 pacientes incluidos se rechazaron 90 por carecer de alguno de estos. Para el total de pacientes considerado (1.660), se encontró 53% de inercia terapéutica por ausencia de prescripción de fármacos⁷

La literatura descrita anteriormente resalta el componente de la influencia de los profesionales como causa en el manejo de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial y pone en evidencia diferentes maneras de observar este fenómeno que no depende del cumplimiento o de factores relacionados con el paciente, sino más bien con la organización y con el personal de salud que toma decisiones frente al abordaje clínico de una enfermedad específica.

En un estudio realizado en la universidad de Massachusetts se determinaron deficiencias en la calidad de la gestión de la hipertensión y se observó a pesar del hecho de que los pacientes eran evaluados con frecuencia, con una media de casi 5 visitas por año que había un porcentaje de pacientes que no mantenían sus presiones arteriales en niveles óptimos.⁹

Zolnierek y DiMatteo (2009) descubrieron en un meta-análisis de 127 estudios que las probabilidades de la adherencia de los pacientes cuyos médicos habían sido entrenados en habilidades de comunicación eran 1,62 veces superiores a las de los pacientes cuyos médicos no recibieron formación en comunicación.¹⁰ A pesar de la existencia de múltiples protocolos y guías de actuación para el tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular y la adecuación de las actuaciones a las recomendadas distan mucho de lo deseable. Al fenómeno de falta de actuación del médico a pesar de detectar un problema de salud, potencialmente mejorable, se le ha llamado inercia terapéutica.¹¹ La inercia clínica es por lo tanto, la principal causa de eventos adversos potencialmente prevenibles, la discapacidad, la muerte y los costos de atención médica en exceso, una mejor comprensión de la inercia clínica y el desarrollo de intervenciones específicas para reducirla, puede ser una estrategia productiva para evitar errores pasivos que contribuyen a cientos de miles de eventos adversos y decenas de miles de muertes prematuras anualmente.¹

Generaciones de médicos han aprendido en las aulas y las clínicas que la presión arterial normal es inferior a 140/90 mmHg. Durante los últimos 30 años, una corriente interminable de medicamentos para la hipertensión eficaces ha sido desarrollado y comercializado, y los estudios epidemiológicos y ensayos clínicos clásicos han demostrado una y otra vez la importancia de un tratamiento agresivo de la hipertensión.¹²

En Bélgica, se llevó a cabo entrevistas grupales con 114 médicos generales utilizando un enfoque integrado, en el cual los resultados exigieron una redefinición de la inercia clínica, con el fin de tener en cuenta el papel de los médicos en la promoción de la salud y en el manejo de los pacientes, los médicos participantes reconocieron que existe el riesgo de inercia clínica en la práctica y que el principal factor de riesgo es que los médicos se encuentran abrumados y sin poder dar su tratamiento adecuado debido a las características de cada paciente o bien al mismo sistema de salud¹³

La IC se cuantifica como: número de pacientes a los que no se modifica el tratamiento farmacológico/número de pacientes que no han conseguido el objetivo de control $\times 100$. En ocasiones, resulta difícil comparar trabajos sobre IC, ya que no hay uniformidad en la presentación de los datos, pudiendo estar estos referidos a los pacientes mal controlados o al porcentaje de visitas médicas en que no se ha modificado el tratamiento, siendo estas susceptibles de hacerlo. Otra dificultad para valorar la inercia es la falta de criterios en la definición del período de tiempo desde la obtención de un resultado y la modificación del tratamiento, ya que esto puede realizarse en la misma visita médica o en visitas posteriores. O'Connor propone un algoritmo para valorar la IC con posibilidad de adaptarlo a diferentes entornos; asimismo excluye de la valoración de IC a pacientes mayores de 80 años o con un alto índice de comorbilidades. Medir la intensificación del tratamiento farmacológico es más fácil que medir modificaciones de estilo de vida.¹⁴ En un estudio realizado en España en el que participaron 205 centros de salud en España y se incluyó a 1.104 hipertensos diagnosticados. La IC se midió mediante el cociente: número de pacientes a los que no se ha modificado el tratamiento farmacológico en cada visita dividido por el número de pacientes con cifras medias de PA ≥ 140 mmHg y/o ≥ 90 mmHg en población general o ≥ 130 y/o ≥ 80 mmHg en diabéticos, multiplicado por 100. Se calculó la IC por visitas totales y visita a los 3 y a los 6 meses aplicando diferentes intervenciones tales como educación programa domiciliario de automedicación (AMPA) y la intervención mediante uso de tarjeta, el grupo control en el que no se verificó ninguna intervención que correspondió a 276 pacientes la inercia terapéutica por visitas fue del 60%, mucho más alta que en los grupos donde se aplicaron las intervenciones. Se calculó el número de individuos que es necesario tratar (NNT) para evitar 1 caso de inercia terapéutica aplicando la estrategia combinada que fue 2,2 pacientes.¹⁵

II. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

- Identificar la prevalencia de inercia clínica cometida por personal de salud en el manejo de los pacientes hipertensos en control subsecuente en la consulta externa del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Hospital Regional de Sonsonate durante Noviembre del año 2014.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1-Characterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes hipertensos en los que se identifique inercia clínica.

2-Identificar las especialidades médicas involucradas en el manejo de pacientes hipertensos que con más frecuencia cometen inercia clínica.

III. DISEÑO Y METODOS

Tipo de diseño:

Se realizo un estudio de tipo descriptivo de corte transversal en el cual se determino la prevalencia de pacientes hipertensos con inercia clínica durante el mes de Noviembre del año 2014.

Metodología:

Se obtuvieron los datos por medio de revisión de expedientes clínicos de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en control subsecuente en la consulta externa del Hospital Regional de Sonsonate del ISSS.

Población de estudio:

La población del estudio lo constituyeron todos los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultaron por control subsecuente durante el mes de Noviembre del año 2014 en el Hospital Regional de Sonsonate, y que cumplieron los criterios de inclusión. Según los registros estadísticos del área de farmacia del hospital, la cantidad de pacientes hipertensos que consultaron y retiraron antihipertensivos durante ese mes fueron 339, a partir de este dato se calculó la muestra.

Criterios de inclusión:

- Todo paciente con diagnóstico establecido de hipertensión arterial.
- Pacientes que asistieron a control subsecuente por hipertensión durante el mes de Noviembre del año 2014
- Paciente que tenga registrado tres controles subsecuentes por HTA en su expediente clínico durante el año 2014.
- Que el expediente clínico se encuentre archivado en Hospital Regional de Sonsonate a la fecha.

Criterios de exclusión:

- Pacientes femeninas con hipertensión crónica y embarazo.
- Pacientes con hipertensión arterial y post parto

Métodos de muestreo:

Según el sistema estadístico del área de farmacia del Hospital Regional de Sonsonate, para el año 2014 se despacharon en el mes de Noviembre antihipertensivos a 339 pacientes que recibieron consulta subsecuente. Tomando en cuenta la prevalencia de HTA reportada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) al año 2008 que fue de 32%, se tomara este dato y el número de pacientes atendidos en el mes de Noviembre del año 2014 para el cálculo de la muestra.

Cálculo del tamaño de la muestra

Se calculó un tamaño muestral de 169 personas con un intervalo de confianza del 95% con un límite de confianza como porcentaje del 5% y un efecto de diseño del estudio del 1%. Dicho dato fue obtenido a partir de la calculadora muestral del sitio OPEN EPI.

Tamaño de la población (N): 339

Frecuencia % hipotética del factor del resultado en el 32% (prevalencia de personas con Hipertensión arterial en El Salvador) +/- 5 población (p)

Límite de confianza % de 100 (absoluto +/- %) (d).5%

Efecto de diseño: 1

Tamaño maestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	169
80%	101
90%	140
97%	186
99%	214
99.9%	250
99.99%	270

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p)]$

Procedencia de los sujetos:

Se realizo la obtención de datos a partir de la revisión de los expedientes de pacientes que se encontraron registrados en el sistema estadístico de Farmacia del Hospital Regional de

Sonsonate, que asistieron a retirar antihipertensivos por control subsecuente durante el mes de Noviembre del año 2014 y que cumplieron los criterios de inclusión.

El método de selección de los pacientes se realizó por medio de muestreo aleatorio simple utilizando la función de selección aleatoria del programa Excel 2010 a partir de la matriz del registro estadístico de farmacia. De esa manera se garantizará la aleatoriedad de la selección y confidencialidad de los datos.

Método de recogida de datos:

La recolección de los datos se realizó por medio de revisión de expediente por equipo de recolección de datos conformado por núcleo de investigación siguiendo el llenado de instrumento recolector (Anexo 1). Para la revisión de expedientes se solicitó autorización al médico director del Hospital Regional de Sonsonate y Jefe del área de archivo.

Instrumentos de medición y técnica:

Se realizó una revisión de expedientes clínicos y se captarán los datos a través del llenado de instrumento para complementar datos clínicos y epidemiológicos de los pacientes.

Definición de las variables:

Las variables a utilizar en el estudio fueron: sexo, edad, condición en el ISSS: cotizante, beneficiario y pensionado, inercia clínica, tratamiento farmacológico y especialidades médicas involucradas en el manejo.

IV. RESULTADOS

-Se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 1. EDAD DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-29 AÑOS	0	0
30-59 AÑOS	25	39.1 %
➤ 60	39	60.9 %
TOTAL	64	100%

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

Tabla 2. SEXO DE PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MASCULINO	24	37.5 %
FEMENINO	40	62.5 %
TOTAL	64	100 %

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

Tabla 3. CONDICIÓN DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN EL ISSS

CONDICION DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ASEGURADO	23	35.9 %
BENEFICIARIO	24	37.5 %
PENSIONADO	17	26.6 %
TOTAL	64	100 %

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

TABLA 4. PACIENTES EN LOS QUE SE DETECTO INERCIA CLÍNICA

INERCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	17	26.6 %
NO	47	73.4 %
TOTAL	64	100 %

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

La prevalencia de Inercia Clínica tomando en cuenta el total de la población estudiada que fue 339 pacientes hipertensos que consultaron y retiraron medicamentos en el mes de Noviembre 2014 fue de: **5 %**

Tabla 5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

MANEJO FARMACOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IECA o ARA II	24	37.5 %
BETABLOQUEANTES	1	1.6 %
CALCIOANTAGONISTAS	4	6.3 %
DIURETICOS	0	0
OTROS	0	0
IECA o ARA II + CALCIOANTAGONISTA	10	15.6 %
IECA o ARA II + DIURETICO	5	7.8 %
IECA o ARA II + CALCIOANTAGONISTA + DIURETICO	6	9.3 %
IECA o ARA II + BETABLOQUEANTES + CALCIOANTAGONISTA	4	6.3 %
IECA o ARA II + BETABLOQUEANTES	6	9.3 %
IECA o ARA II + BETABLOQUEANTES + DIURETICO	1	1.6 %
BETABLOQUEANTES + CALCIOANTAGONISTAS	1	1.6 %
IECA o ARA II + BETABLOQUEANTES + CALCIOANTAGONISTAS + DIURETICO	2	3.1 %
TOTAL	64	100%

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

Tabla 6. ESPECIALIDAD MÉDICA RESPONSABLE DEL MANEJO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

ESPECIALIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDICINA GENERAL	24	37.5 %
MEDICINA FAMILIAR	10	15.6 %
MEDICINA INTERNA	20	31.3 %
CARDIOLOGIA	10	15.6 %
TOTAL	64	100 %

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

Tabla 7. CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y ESPECIALIDADES MÉDICAS RESPONSABLES DEL MANEJO DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE COMETIÓ INERCIA CLINICA

EDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-29 años	0	0
30-59 años	8	47 %
➤ 60	9	53 %
TOTAL	17	100
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Masculino	7	41.1 %
Femenino	10	58.9 %
TOTAL	17	100
CONDICION DEL PACIENTE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
asegurado	10	58.8 %
beneficiario	5	29.4 %
pensionado	2	11.8 %
TOTAL	17	100
MANEJO FARMACOLOGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
IECA o ARA II	8	46.9 %
calcioantagonistas	1	5.9 %
IECA o ARA II + calcioantagonista	2	11.8 %
IECA o ARA II + diuréticos	2	11.8 %
IECA o ARA II + calcioantagonista + diuréticos	1	5.9 %
IECA o ARA II + betabloqueantes	1	5.9 %
IECA o ARA II + betabloqueantes + diuréticos	1	5.9 %
IECA o ARA II + betabloqueantes + diuréticos + calcioantagonista	1	5.9 %
TOTAL	17	100

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

Tabla 8. ESPECIALIDADES RESPONSABLES DEL MANEJO DE LOS PACIENTES EN LOS QUE SE COMETIÓ INERCIA CLINICA

ESPECIALIDADES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Medicina general	9	53 %
Medicina familiar	3	17.6 %
Medicina interna	3	17.6 %
cardiología	2	11.8 %
TOTAL	17	100 %

Fuente: base de datos de investigadores. Febrero/2017

V. DISCUSION

La población que retiró medicamentos antihipertensivos en Noviembre del 2014, según el sistema estadístico del área de farmacia del Hospital Regional de Sonsonate correspondió a 339 pacientes que recibieron consulta subsecuente, de estos se obtuvo una muestra de 169 pacientes de los cuales solo 64 cumplieron criterios de inclusión, dentro de los 105 restantes algunos expedientes no se encontraron en el área de archivo y otros fueron manejadas por cirrosis y migrañas. En este estudio se eligió trabajar con poblaciones en control subsecuente en la consulta externa ya que no se tienen datos sobre la cantidad específica de pacientes hipertensos en control dentro del hospital, únicamente se lleva registro de las consultas subsecuentes y de primera vez brindadas mensualmente. La principal limitante encontrada para realizar este estudio fue el ausentismo de los pacientes a sus controles en las fechas programadas, fenómeno que se presenta con bastante frecuencia en el área de consulta externa incluso con otras enfermedades de tipo crónico, lo que pudiera haberse presentado porque los pacientes no asistieran a su control, no pasaran consulta por motivos como ausentismo del médico o hubieran estado ingresados en esa fecha.

Del total de pacientes estudiados el rango de mayor edad se encontró en mayores de 60 años con una frecuencia de 39 pacientes, correspondiente a 60.9% esto puede explicarse debido a la incidencia de la hipertensión arterial en este grupo de edad. La mayoría de pacientes hipertensos fueron del sexo femenino 62.5%. La condición más frecuentemente encontrada fue la de beneficiario en 24 pacientes (37.5%), dato que se puede relacionar en cuanto a la variable del género donde se observó que la mayoría son mujeres.

Con respecto a la presencia de inercia clínica, se observó que de los 64 pacientes que cumplían los criterios de inclusión, en 17 de ellos se cometió inercia clínica en el manejo farmacológico al no aumentar la dosis del antihipertensivo o no agregar otro diferente, lo que correspondió a una prevalencia de inercia de 5 % observada, si tomamos en cuenta los 64 pacientes estudiados se encontró inercia en 1 de cada 4 pacientes, lo que corresponde a un dato aproximado al reportado por un estudio multicéntrico realizado en la comunidad valenciana de España en el año 2003 al 2004 que reporta inercia clínica encontrada en 1 de cada 3 pacientes aunque en nuestro estudio no se exploró la presencia de comorbilidad.

En este estudio no se investigó las causas de la inercia cometida en estos pacientes, sin embargo según Phillips LS y colaboradores en su estudio entre las causas de inercia clínica, se ha descrito que los médicos no siguen las guías de práctica clínica, una falsa impresión de buen control de la enfermedad, la percepción de mala adherencia del paciente y la falta de entrenamiento y organización¹, hay que aclarar a todo esto que la falta de adherencia a los tratamientos farmacológicos y cambios en estilos de vida es un factor que no se exploró y tampoco se observó registrado en los expedientes clínicos, situación que limita el poder definir si la falta en lograr las metas terapéuticas se debe a la falta de adherencia del paciente o sólo a inercia clínica cometida por el médico. A diferencia de este estudio donde solo se observó una prevalencia del 5%, en otros estudios se ha observado una prevalencia de inercia clínica elevada de 53%⁷ o más, cabe aclarar que en otros estudios se han tomado en cuenta otros factores relacionados con inercia clínica, como: cumplimiento terapéutico, factores de riesgo, comorbilidades, implementación de estrategias específicas y factores del sistema administrativo.

El manejo farmacológico encontrado en los pacientes en los que se encontró inercia clínica se clasificó como monoterapia y terapia combinada, el grupo farmacológico encontrado como monoterapia con mayor porcentaje fueron IECA o ARA II en un 46.9 % seguido de calcioantagonistas en un 5.9%, se evidenció la falta de aumento en la dosis y/o no agregar otro antihipertensivo más al tratamiento. La mayoría de combinaciones observadas que se encontraron estuvieron de acuerdo al manejo de hipertensión arterial según la guía del manejo del ISSS¹⁶ y las más frecuentemente encontradas fueron: IECA o ARA II + calcioantagonista en un 11.8 %, IECA o ARA II + diuréticos 11.8 %, hubieron casos de combinación farmacológica que no se ajustaron a la guías del manejo del ISSS sin embargo no se puede justificar la causa ya que los factores relacionados no eran objetivos del estudio

El porcentaje de inercia que se encontró en pacientes manejados por médicos generales fue 53%, seguido de las especialidades de medicina interna y medicina familiar ambos con un 17.6%. **Debido a que la muestra no fue representativa ya que se trabajó con un intervalo de confianza menor de 80% y que el estudio no fue por conglomerados, lo que hubiera permitido una cantidad equitativa de pacientes manejados por cada especialidad, no se puede concluir cual especialidad médica cometió más inercia.**

En resumen las limitantes encontradas en el estudio fueron las siguientes: en primer lugar que la institución no cuenta con un dato concreto de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial manejados en consulta externa, segundo: al momento de la revisión de expedientes se presentaron casos de pacientes que no contaban con diagnóstico de hipertensión y a los cuales se les despachó antihipertensivo por otra patología diferente a ésta como pacientes con migraña a los que se les prescribió propranolol y pacientes cirropatas a los que se les prescribió espironolactona. Tercero la cantidad de pacientes estudiados que fue atendido por medicina general y otra especialidad fue diferente y no fue equitativo para cada uno, teniendo así mayor probabilidad de encontrar inercia en los casos que atendieron más pacientes como medicina general. Cuarto: no se tomó en cuenta las comorbilidades de los pacientes hipertensos con los cuales es más difícil determinar si hubo inercia como en el caso de cardiología. Quinto: hubieron pacientes que llevaron dos controles con una especialidad y un tercer control con otra, motivo de esto fue referencia de medicina general a medicina familiar o a medicina interna o de medicina interna a cardiología para interconsulta o hallazgos de comorbilidad en estos pacientes, otra causa de esto fue que algunos pacientes fueron vistos por medicina general por cupo para abastecimiento de medicamentos por haber perdido su cita o por ausentismo del personal de salud. Sexto: se observó ausentismo a los controles subsecuentes por parte del paciente que pudieron haber sido por estar ingresados en la fecha de su control, ausentismo del médico u otras causas no exploradas en este estudio.

VI. CONCLUSIONES

- Se encontró inercia clínica en el manejo farmacológico de 17 pacientes hipertensos que corresponde a una prevalencia del 5% de la población estudiada.
- Las características de los pacientes hipertensos en los que se detecto inercia clínica fueron: mayores de 60 años en 53%, el 58.9% fueron del sexo femenino, el 58.8% fueron asegurados, el fármaco más utilizado en los casos de inercia fue un IECA o ARA II como fármaco único.
- Debido a que la muestra no fue representativa ya que se trabajó con un intervalo de confianza menor de 80%, y que el estudio no fue por conglomerados lo que hubiera permitido una cantidad equitativa para cada especialidad no se puede concluir cuál especialidad medica cometió más inercia.

VII. RECOMENDACIONES

1. Implementar un programa de atención con personal de salud encargado de coordinar la atención multidisciplinaria de pacientes en los que se detecte inercia clínica, enfocado al cumplimiento de metas terapéuticas y manejo de factores de riesgo.
2. Realizar un nuevo estudio sobre inercia clínica, tomando en cuenta las limitantes y fortalezas de éste; se sugiere un estudio por conglomerados si se desea determinar las especialidades medicas involucradas y categorizar inercia clínica en factores del medico, del paciente y del sistema al investigar causas.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical Inertia , Ann Intern Med 2001; 135:825-834.
2. Salisbury C, Fahey T. Overcoming clinical inertia in the management of hypertension. CMAJ. 2006; 174:1285-6.
3. O'connor PJ, Sperl-hillen JM, Johnson PE, et al. Clinical inertia and outpatient medical errors. Agency for healthcare Research and Quality, 2005.
4. Escobar C, Barrios V, Alonso-Moreno FJ, et al. Evolution of therapy inertia in primary care settings in Spain during 2002-2010. 2014 May; 32(5):1138-45.
5. Lebeau JP, Cadwallader JS, Aubin-Auger I, et al. The concept and definition of therapeutic inertia in hypertension in primary care: a qualitative systematic review. 2014 May; 32(5): 1138-45.
6. Kjeldsen SE, Julius S. Physician inertia in apparent treatment-resistant hypertension- insights from large randomized clinical trials. 2015 Feb; 24(1): 1-6.
7. Roa L, Monreal M, Carmona JA, Et al. Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedades cardiovasculares. J Med Cli.2009.07.049.
8. Byrnes PD, Why haven't I changed that? Therapeutic inertia in general practice. Australian Family Physician. 2011; 40 (1-2):24-8.

9. Andrade SE, Gurwitz JH, Field TS, et al. Hypertension management: the care gap between clinical guidelines and clinical practice. *Am. J Management Care* 2004; 10:481–6.
10. Allen JA, Curtis FR, Fairman KA. Nonadherence, Clinical Inertia, or Therapeutic Inertia? *Journal of Managed Care Pharmacy*, Vol. 15, No. 8 October 2009, page 690-95.
11. Roa L, Monreal M, Carmona JA, et al. Grupo FRENA, Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. *Registro FRENA, Med Clin (Barc)*. 2010; 134(2):57–63.
12. O’connor P. Overcome clinical inertia to control systolic blood pressure. *Arch Inter Med*. 163(8); 22: 2677-78.
13. Aujoulat I, Jaquemin P, Hermans M, et al. Clinical inertia in general practice, a matter of debate: a qualitative study with 114 general practitioners in Belgium. *BMC Family Practice*. 2015.16:13 DOI 10.1186/s12875-015-0221-1.
14. Flora López-Simarro, inercia terapéutica: causas y soluciones. 2012; 29(Supl 1):28-33
15. Emilio Márquez Contreras, El control de la inercia terapéutica en el tratamiento de la hipertensión arterial mediante diferentes estrategias, 2009;41(6):315–323.
16. Guía de manejo de hipertensión arterial del departamento de Farmacoterapia del ISSS, mayo 2014.

IX. ANEXOS

ANEXO 1

INERCIA CLINICA EN HIPERTENSOS EN CONTROL DE CONSULTA EXTERNA EN HOSPITAL REGIONAL DE SONSONATE DURANTE NOVIEMBRE 2014									
Nombre:					Edad	SEXO	0	<input type="checkbox"/>	M
No Afiliación							1	<input type="checkbox"/>	F
Condicion en ISSS	1	<input type="checkbox"/>	Asegurado	2	<input type="checkbox"/>	Beneficiario	3	<input type="checkbox"/>	Pensionado
Nivel Educativo	1	<input type="checkbox"/>	Analfabeta	2	<input type="checkbox"/>	Educacion Basica	3	<input type="checkbox"/>	Bachillerato
	4	<input type="checkbox"/>	Edu. Tecnica	5	<input type="checkbox"/>	Universitario			
Presencia de Inercia Clinica	1	<input type="checkbox"/>	SI	0	<input type="checkbox"/>	NO			
Número de Visitas al año por control de Hipertensión									
	1° control	2° control	3° control						
Presión Arterial Sistólica									
Presión Arterial Diastólica									
Manejo farmacológico: ✓ 0. IECA o ARA II _____ ✓ 1. BETABLOQUEANTES. _____ ✓ 2. CALCIOANTAGONISTAS. _____ ✓ 3. DIURETICOS. _____ ✓ 4. OTROS _____									
Observaciones:					Especialidades: ✓ 0. Medicina general. _____ ✓ 1. Medicina familiar. _____ ✓ 2. Medicina interna. _____ ✓ 3. Cardiología. _____				
No Correlativo					Responsable colector de datos:				
Digitador : _____									

