

## CARTA AL DIRECTOR

## Valoración de la inercia terapéutica en el tratamiento hipolipidemiante de pacientes con alto riesgo cardiovascular seguidos en atención primaria

### Evaluation of therapeutic inertia in lipid lowering treatment of primary care patients with high cardiovascular risk

Sr. Director:

La inercia terapéutica (IT) es considerada como los fallos del profesional sanitario en la iniciación o intensificación del tratamiento cuando son necesarios para el paciente y a pesar de saber que realmente están indicados. Es pues, una actitud conservadora de los crónicos de no modificar el tratamiento a pesar de saber que no se han alcanzado los objetivos terapéuticos. La inercia terapéutica fue descrita en 2001 por Phillips como un fenómeno común del comportamiento médico en el manejo de pacientes con enfermedades crónicas asintomáticas (HTA, dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2)<sup>1-3</sup>.

Con el objetivo de analizar la inercia terapéutica en el tratamiento hipolipidemiante prescrito a pacientes con alto riesgo cardiovascular se diseñó el presente estudio. Se trata de un estudio descriptivo transversal realizado en una muestra representativa de pacientes adultos con alto riesgo cardiovascular (antecedentes de cardiopatía isquémica, ictus, diabetes, insuficiencia renal, arteriopatía periférica). La muestra seleccionada ha sido de 103 pacientes obtenidos de forma aleatoria entre pacientes que asisten a consulta de atención primaria por cualquier motivo en un centro de salud semiurbano de nuestra región. Se les realiza analítica general y se estudia según su historia clínica la presencia o no de inercia terapéutica ante un mal control de sus cifras objetivo en el perfil lipídico. El índice de IT varía entre 0 y 1. Un valor de 1 indica que el médico nunca ha cambiado la medicación cuando hubiese sido necesario cambiarla. Los resultados obtenidos muestran que respecto al tratamiento instaurado en pacientes con valores de LDL colesterol elevados ( $> 100$  mg/dl), se puede observar que el 40% de estos pacientes no están recibiendo tratamiento con estatinas y solo el 6% lo están con dosis altas. No existen diferencias significativas entre el número de pacientes tratados con ezetimiba si presentan LDL por encima de 100 mg/dl o no lo presentan ( $p = 0,3$ ), aunque sí se aprecia una tendencia a un mayor uso de ezetimiba en los pacientes controlados.

Coefficientes de inercia terapéutica

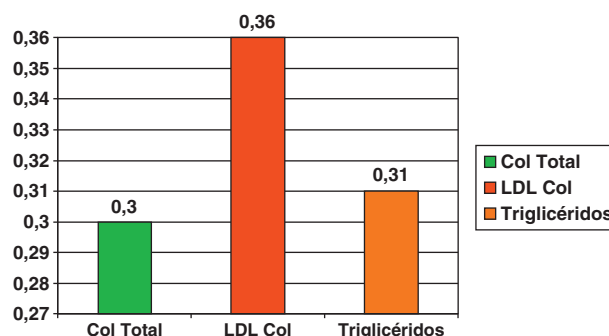


Figura 1 Coeficientes de inercia terapéutica para los parámetros lipídicos.

El 17% de los que presentan LDL  $< 100$  mg/dl están en tratamiento con ezetimiba, siendo del 7,7% si es mayor de 100 mg/dl. La inercia terapéutica ha sido calculada para los valores de colesterol total  $> 200$  mg/dl, LDL  $> 100$  mg/dl y triglicéridos  $> 150$  mg/dl obteniendo los siguientes resultados: IT para valores de colesterol total  $> 200$  mg/dl = 0,3; IT para valores de LDL colesterol  $> 100$  mg/dl = 0,36; IT para triglicéridos  $> 150$  mg/dl = 0,31. (fig. 1).

El presente estudio presenta el sesgo de estar realizado en un solo cupo por lo que se limita la validez externa de los resultados. En cambio, como ventaja debemos tener en cuenta que se limitan los sesgos interobservador. Los valores de inercia terapéutica obtenidos indican una aceptable actuación, aunque mejorable, por parte del profesional interviniendo en aquellos casos necesarios. Con esta investigación se pretende incidir en los profesionales dedicados a la atención primaria con el fin de mejorar el control de los factores de riesgo cardiovascular mediante la formación médica continuada y el seguimiento correcto de las guías clínicas. El papel de la atención primaria es fundamental para el correcto tratamiento de factores de riesgo cardiovascular tanto en prevención primaria como secundaria y la disminución de la morbimortalidad cardiovascular<sup>4,5</sup>. En conclusión, podemos afirmar que los valores de inercia terapéutica obtenidos en el presente trabajo indican una aceptable actuación, aunque mejorable.

## Bibliografía

- Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135:825-34.

2. Pachman ML, Pugb JA, Romero RL, Bowers KW. Competing demands or clinical inertia: The case of elevated glycosylated haemoglobin. *Ann Intern Med.* 2007;5:196–201.
3. Gene J. Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento. *Aten Primaria.* 1996;18:99–100 (S1).
4. Abellan J, Leal M, Martinez-Pastor A. Cumplimiento del tratamiento higienicodietético en la hipertensión arterial. *Med Clin.* 2001;116:25–8. Supl2.
5. Choudhry NK, Fletcher RH, Soumerai SB. Systematic review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 2005;142:260–73.

M<sup>a</sup> Asunción de Pablos Vicente, Mariano Leal Hernández\*,  
Serafín Balanza Galindo y José Abellán Alemán

*Cátedra de Riesgo Cardiovascular, Universidad Católica de Murcia, España*

\* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico:* [arboleja@yahoo.es](mailto:arboleja@yahoo.es)  
(M. Leal Hernández).