

# EDITORIAL

## *La inercia clínica en la práctica médica actual*

**Dr. Guillermo Urquiza Ayala**

*La medicina clínica basa su manejo del paciente en una actitud de profundo análisis y evaluación del riesgo beneficio para el abordaje terapéutico del paciente. La premisa básica es la de obtener el mayor éxito en el tratamiento integral tratando de evitar causar daño al paciente.*

*Esta actitud conservadora que postula la medicina clínica, donde se privilegia la protección al paciente de intervenciones y tratamientos agresivos e innecesarios, puede derivar sin proponérselo en manejos inefectivos e incluso en medidas subterapéuticas, con malos resultados a largo plazo.*

*Se habla entonces de inercia clínica o inercia terapéutica. La definición de inercia clínica acuñada en el 2001 por Phillips es conocida actualmente como el fallo en la iniciación o en la intensificación del tratamiento del paciente cuando exista la indicación, es decir, el no actuar o modificar la actitud terapéutica conociendo que esto es necesario.*

*Son claros los ejemplos de inercia clínica con los pacientes con patología crónica como hipertensión arterial, diabetes mellitus o dislipidemias, donde se mantienen tratamientos inalterables por largos periodos de tiempo a pesar de no lograr resultados adecuados en cuanto al control de los valores de presión arterial, glucemia o perfil lipídico, con el cómodo argumento de que el paciente se siente bien o de que sus valores de glucemia siempre han sido algo elevados, sin causar problemas.*

*Otro argumento que actualmente se esgrime para la creciente inercia clínica es que la utilización, sin argumentos válidos, de la vía judicial para investigar y castigar supuestos “malos procedimientos terapéuticos” o “negligencia médica” ( término utilizado de manera totalmente inadecuada en la mayoría de los casos ) hace que la mayor parte de los médicos asistenciales actúen con excesiva precaución y sean conservadores con el tratamiento de pacientes que en algunos casos requieren de mayor agresividad para alcanzar los objetivos terapéuticos, de acuerdo a las guías terapéuticas establecidas.*

*Los estudios realizados respecto a las causas de la inercia clínica reflejan que la formación del profesional, su actualización en los tratamientos y la aplicación de las guías clínicas y sus metas son algunos aspectos que influyen en que se tome la decisión respecto al cambio o la intensificación de los tratamientos, siendo el profesional con formación inadecuada, menos actualizado o poco interesado en la formación médica continua el más propenso a caer en la inercia clínica.*

*El paso inicial para mejorar esta traba es la aceptación del mal control del paciente, sin otorgarle la carga de la culpa al mismo (**“es que el paciente no cumple su dieta o no toma su medicación, por eso no se controla adecuadamente ...”**), asumiendo que el rol principal lo tiene el médico tratante y que el cumplimiento de las indicaciones parte de la persuasión y el convencimiento acerca de la necesidad del tratamiento adecuado que pueda lograr el médico en el paciente.*

*El siguiente paso y aún más importante es el conocimiento y la aplicación por parte del médico, de la evidencia en las modificaciones o la intensificación terapéuticas que sean pertinentes para lograr el mejor resultado posible.*

*La literatura internacional nos refleja que la inercia clínico - terapéutica es un problema creciente y difícil de superar.*

*Sin embargo, el médico actualizado, informado y seguro de sus conocimientos tiene la obligación profesional de ofrecer la mejor alternativa terapéutica actual a su paciente y debe estar seguro de que esta actitud constituye simplemente la búsqueda del beneficio y el mejor control posible de la patología del paciente y con esto evitar o retrasar en lo posible las complicaciones futuras.*

## **REFERENCIAS**

1. Phillips LS, Branch WT, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001; 35:825-34.
2. Achutti AC. Therapeutic inertia. *Arq Bras Cardiol* 2010; 95(4):419-21.
3. Machado-Alba Jorge E. ¿Inercia clínica, que tanto nos afecta? *Rev. Méd. Risaralda* 2013; 19 (1):94-96
4. Branch William T, Higgins Stacy. Inercia clínica: la dificultad de superarla *Rev Esp Cardiol.* 2010; 63:1399-401
5. Khunti K, Gomes MB, Pocock S, et al.: Therapeutic inertia in the treatment of hyperglycaemia in patients with type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes, Obesity & Metabolism* 20:427-437, 2018