

CASO INERCIA CLINICA Y TERAPEUTICA EN LA PATOLOGIA CARDIOVASCULAR

El concepto de inercia clínica (IC) fue descrito originalmente por Phillips 2001 y lo utilizó para describir la falta de cambios terapéuticos ante la respuesta inadecuada a alteraciones sintomáticas como los de la hipertensión arterial, la dislipidemia y la diabetes mellitus. Fallo de los médicos para indicar, recomendar, estudiar o seguir a un paciente, con la consecuencia de un perjuicio en términos de salud.

La inercia terapéutica (IT) y el cumplimiento terapéutico (CT) limitan alcanzar los objetivos de control recomendados para los pacientes. La IT y el CT tienen un papel importante en la no consecución de los objetivos de control en los pacientes diabéticos, especialmente en la PA y los lípidos.

La inercia terapéutica (IT) es el fallo en el inicio o intensificación del tratamiento cuando no se consiguen los objetivos, dicho de otra manera se entiende como la falta de actuación del médico a pesar de detectar un problema de salud susceptible de mejorarse.

CASO CLINICO:

Pedro es un paciente de 55 años que acude a la consulta, en Enero de 2012 para recoger analítica rutinaria, no tiene antecedentes personales de interés.

En la analítica nos encontramos: glucemia 168, Hba1c 7.80, CT 243, cHDL 39, cLDL 132, TG 534, creatinina 0.79, Hemograma normal y TSH normal.

TA: 140/70, IMC 26.06, no fuma, es sedentario y toma diariamente de 2 a 3 cervezas.

Riesgo cardiovascular (FRAMINGHAN) de 25%.

Riesgo según SCORE: 3%

Su médico de familia establece el diagnóstico de Diabetes tipo II decide iniciar tratamiento con Metformina 850/12 horas y lo remite a enfermero de familia para seguimiento.

Asumiendo que el diagnóstico es correcto ¿Cuáles serían los objetivos de control para este paciente? ¿Se han valorado globalmente los riesgos por parte de su MF?

- a. Hba1c 7%, cLDL 100, TA 130/80.
- b. Hba1c <7%, cLDL 100, TA 130/80.
- c. Hba1c <7%, cLDL 70, TA 130/80.
- d. Hba1c > 7%, cLDL 70, TA 130/80.

Respuesta: c, la guía de consenso ADA/EASD 2012 en sus objetivos terapéuticos establece los objetivos de control terapéuticos y en este caso se establece en 6.5% al ser duración corta de la enfermedad, esperanza de vida prolongada y sin ECV significativa, Beige y colaboradores 2011 establece el objetivo de control para este paciente entre 6.5-7 al ser un diagnóstico de corta duración y ausencia de complicaciones tanto micro como macro vasculares.

Al ser un paciente de alto riesgo la cifra objetivo de cLDL es de 70 o menos (IA). Las cifras de control se la PA se establecen en 130/80.



FIGURE 10. Self-Management of Type 2 Diabetes in Type 2 Diabetes: patient-centered approach. The Diabetes Mellitus of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). Diabetes Care. 2012;35(10):1377-84.

Tabla 2. Objetivos de HbA1c según las características clínicas del paciente

Edad	Duración DM	Macrovasculares		Microvasculares		Objetivo HbA1c
<45 y	Cualquiera	No	y	No o pre-moz.		<6,5%
		Si	y/no	Avanzada		~7%
45-65 y	Corta	No	y	No o pre-moz.		6,5-7%
	Larga	No	y	No o pre-moz.		~7%
	Cualquiera	Establecida	y/no	Avanzada		7-8%
>65 y	Corta	No	y	No o pre-moz.		~7%
	Larga	No	y	No o pre-moz.		7-8%
	Cualquiera	Establecida	y/no	Avanzada		~8%
>75 o enfermo y cualquier edad	Cualquiera	Cualquiera	y/no	Cualquiera		~8%

Beigi P, et al. Individualized HbA1c Goals in Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Care*. 2012; 35:1884-9

Recomendaciones para el manejo de la hiperlipemia

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b	GRADE	Ref.
Los objetivos recomendados son: <5 mmol/l (menos de ~190 mg/dl) para el colesterol total y <3 mmol/l (menos de ~115 mg/dl) para el cLDL en personas de riesgo bajo o moderado	I	A	Fuerte	457,458
En pacientes con riesgo elevado de ECV, se recomienda un objetivo para el cLDL <2,5 mmol/l (menos de ~100 mg/dl)	I	A	Fuerte	459-461
En pacientes con riesgo muy alto de ECV, se recomienda un objetivo para el cLDL <1,8 mmol/l (menos de ~70 mg/dl) o una reducción ≥50% del cLDL cuando no se logre alcanzar el objetivo recomendado	I	A	Fuerte	459,462, 463
A todos los pacientes con hipercolesterolemia familiar se los debe considerar pacientes de alto riesgo y deben recibir tratamiento hipolipemiante	I	A	Fuerte	464,465
En pacientes con SCA, debe iniciarse tratamiento con estatinas a dosis altas durante el ingreso hospitalario	I	A	Fuerte	466-468
Prevención del ictus no hemorrágico: el tratamiento con estatinas debe iniciarse en todos los pacientes con enfermedad aterosclerótica establecida y en pacientes con riesgo muy alto de sufrir ECV. Los pacientes con historia de ictus isquémico no cardioembólico deben iniciar tratamiento con estatinas	I	A	Fuerte	469,470
La enfermedad arterial oclusiva de las extremidades inferiores y la enfermedad de las arterias carótidas son equivalentes de riesgo coronario y se debe tratarlas con fármacos hipolipemiantes	I	A	Fuerte	471,472
Las estatinas deben ser consideradas tratamiento de primera línea para pacientes trasplantados que presentan dislipemias	IIa	B	Fuerte	473
La enfermedad renal crónica (grados 2-5, es decir, una TFGe <90 ml/min/1,73 m ²) se considera equivalente de riesgo coronario, y el objetivo para el cLDL en estos pacientes debe adaptarse al grado de insuficiencia renal	IIa	C	Fuerte	474

ECV: enfermedad cardiovascular; LDL: lipoproteínas de baja densidad; Ref.: referencias; SCA: síndrome coronario agudo; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.

^aClase de recomendación.

^bNivel de evidencia.

Se ha valorado globalmente el riesgo por parte de su MF?:

- a. Si
- b. No

Respuesta: b, al valorar el riesgo cardiovascular del paciente presenta un riesgo alto por su condición de diabético. Al analizar el riesgo cardiovascular (RCV) en escalas cuantitativas

podemos confirmar el RCV alto, 25% en FRAMINGHAN, pero también podemos apreciar el grado de inercia terapéutica (IT) en el tratamiento propuesto al no abordarse adecuadamente otros FRCV presentes en este paciente con la finalidad de reducir su RCV.

Pedro vuelve al año, no consta más visitas en su historia clínica, para nuevo control analítico, refiere encontrarse bien, sigue sin fumar, hace una vida más o menos sedentaria y sigue tomando algo de alcohol.

Analítica: glucemia 182, Hba1c 8.40%, CT 214, cHDL 37, cLDL 117, TG 578, creatinina 0.82, sodio y potasio normales, filtrado glomerular 98 ml/min. Hemograma normal, TSH normal y cociente albúmina/creatinina en orina 20.57 mg/g.

RCV FRAMINGHAN 23%.

Riesgo según SCORE: 4%

IMC 26

TA 172/98

Su MF decide cambiar el tratamiento: Metformina 850/linagliptina 2.50 /cada 12 h. Enalapril 10 mgrs/día.

Lo deriva para realización de retinografía y nuevo control analítico a los 3 meses para valorar la eficacia del tratamiento prescrito y a su vez lo deriva a enfermero para seguimiento.

A los 3 meses el paciente acude a consulta de su MF para control y valorar nueva analítica y pruebas complementarias, dice que ha empezado a andar algo.

Analítica: glucemia 155, Hba1c 8.40%, CT 208, cHDL 37, cLDL 110, TG 502, creatinina 1.01, sodio y potasio normales, filtrado glomerular 76 ml/min. PSA 1.06. TSH normal. Hemograma normal. Cociente albúmina/creatinina en orina 7.65 mgrs/min.

Filtrado glomerular MDRD-4 : 76.41

ECG: RS a 90 x' Eje Normal. No alteraciones del ST, onda T alta en V2-V3. No signos de HVI.

RCV FRAMINGHAN 18%

Riesgo según SCORE: 2%

Perímetro cintura: 90 cms.

TA 125/80

IMC 26

Retinografía no se observan lesiones de RD.

Ante el mal control su MF decide insulinar al paciente con Lantus 12 UI a las 11 de la noche, suspende linagliptina y sigue con Metformina 850/8 H y Enalapril 10 mgrs/día.

Tras analizar este caso clínico cuales creen que son las causas más frecuentes de Inercia clínica?.

- a. La mayor parte debida al médico de familia.
- b. La mayor parte debida al paciente.
- c. La mayor parte debida al sistema sanitario.
- d. A todos por igual.

Respuesta: a, según estudio de la redGDPS 2011, las causas de inercia clínica se deben:

- 50% al médico: múltiples objetivos para diferentes patologías, fallo al iniciar el tratamiento, no titular el tratamiento hasta alcanzar el objetivo y falta de tiempo.
- 30% al paciente: negar la enfermedad, creer que la enfermedad no es grave bajo nivel de cultura, polifarmacia, costo de los medicamentos, no confiar en su médico, efectos secundarios de los fármacos y mala relación médico/paciente.
- 20% al sistema sanitario: no tener guías, registros inadecuados, no hay soporte en la toma de decisiones y no trabajo en equipo.

Según Manuel Ramiro, Med Int. 2011, las causas de inercia clínica pueden ser diversas pero están fundamentalmente constituidas por la falta de adiestramiento del médico para conseguir las metas terapéuticas o que no consiga transmitir al paciente la importancia que tiene obtener las metas en bien de mejorar los riesgos a mediano y largo plazo. Un déficit en la organización de los servicios también puede ser causa.

Inercia Clínica (IC): fallo de los médicos para indicar, recomendar, estudiar o seguir a un paciente, con la consecuencia de un perjuicio en términos de salud (Phillips LS y colab. Ann Intern. Med 2001).

Cree que en este paciente se comete inercia terapéutica?.

- a. SI
- b. NO

Respuesta: a.

En este paciente se comete inercia terapéutica ya que no se consigue un abordaje adecuado para reducir el RCV (que son objetivos prioritarios en diabéticos e hipertensos) al no actuar intensivamente sobre los FRCV involucrados en el exceso de riesgo del paciente y no conseguir control adecuado de los mismos.

El control global mediante tratamiento intensivo de los FRCV demuestra reducciones de hasta un 50% en la morbimortalidad cardiovascular.

Por otra parte, alcanzar los objetivos de control sobre la PA, niveles de cLDL y niveles de Hba1c en la mayor parte de pacientes es fundamental para reducir la morbimortalidad cardiovascular en pacientes diabéticos tipo II, como recogen todas las GPC.

Inercia terapéutica (IT): fallo de los médicos para iniciar o intensificar el tratamiento cuando está indicado.

¿Cuáles serían las recomendaciones terapéuticas en este paciente encaminadas a reducir su RCV?

- a. No haría nada ya que el tratamiento actual es el adecuado.
- b. Añadiría AAS.
- c. Añadiría estatinas a dosis baja.
- d. Esperaría 3 meses para ver resultados tras la insulinización.
- e. Añadiría AAS y dosis necesaria de estatinas para control del cLDL.

Respuesta: e

Titular dosis necesaria de estatinas para control adecuado de cLDL propuestos por las GPC y en caso necesario asociaría fármacos. Valorar la adición de AAS a dosis baja, aunque este aspecto continúa en debate en el paciente diabético, en este caso al ser prevención primaria, la ADA recomienda en pacientes > 40 años o con factores de riesgo cardiovascular añadidos (HTA y dislipemia). Evidentemente con la insulinización + ADO esperaríamos 3 meses para valorar el objetivo de control de la Hba1c para este paciente.

BIBLIOGRAFIA:

Inercia clínica: la dificultad de superarla. William T. Branch y Stacy Higgins. Revista española de Cardiología. 2010.

Inercia y cumplimiento terapéutico en pacientes con diabetes mellitus 2 en atención primaria. López- Simarro, Brotons Carlos, Moral Irene y colaboradores. Med Clin. 2012.

Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. Estudio FRENA. Leonor Roa y colaboradores. Elsevier medicina clínica. 2009.

Inercia clínica. Manuel Ramiro H. Med Int 2011.

La inercia clínica y el cumplimiento terapéutico, dos herramientas fundamentales en el control del diabético. redGDPS 2011.

JOSE ACEVEDO VAZQUEZ