

Inercia Clínica

Aloyzio Cechella Achutti

Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS - Brasil

La hipertensión arterial es ciertamente un importante problema de salud pública, fácilmente detectable y susceptible de control por múltiples recursos disponibles dentro de una perspectiva de abordaje individual.

En esta misma edición de los *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, el artículo "Inercia clínica y control de la hipertensión arterial en las unidades de atención básica a la salud en el municipio de Joinville"¹ estudia algunos servicios de cuidados primarios y llama la atención hacia el perjuicio en el control adecuado del problema.

En el análisis de las historias clínicas, fueron consideradas características demográficas y factores de riesgo, como tabaquismo, sedentarismo, obesidad, historia familiar, bien como comorbilidades.

Es válida la preocupación frente a la inercia de los profesionales de la salud en el control de la presión arterial, motivo por el cual fueron sugeridos programas de educación continuada, herramientas de enseñanza, entrenamiento e intervención sobre estudiantes, residentes y otros profesionales de la salud, siguiendo ejemplos exitosos relatados en la literatura médica.

Además de las naturales limitaciones de un estudio retrospectivo basado en análisis de historias clínicas de una clientela oriunda de demanda espontánea sin base poblacional, es preciso considerar las características y las condiciones psicosociales de las personas estudiadas por la progresiva conciencia de su relevancia como determinante de salud y enfermedad, inclusive en la cardiología.

Si la inercia clínica con relación a un factor de riesgo nos preocupa, la inercia en considerar las condiciones responsables por mayor prevalencia de todos los demás factores de riesgo no podría pasar inadvertida, así como el agravamiento de cualquier enfermedad asociada o no. La inexistencia de registros sobre las características psicosociales y económicas de los pacientes en los historias clínicas también debería sensibilizarnos.

Palabras clave

Hipertensión, prevalencia, inercia, registros médicos, atención primaria a la salud.

Hubo una época en que ni historias clínicas existían en los ambulatorios, no se medía o no se registraba la medida de la presión arterial. Tal vez, un día vamos también a aprender a valorar las condiciones básicas en las cuales viven las personas en la sociedad.

La simple observación de variables aisladas, de resultados de exámenes de laboratorio o de imagen, de pacientes atendidos en ambulatorio u hospitalizados, lejos del ambiente donde viven y trabajan, nos da la ilusión sobre los elementos esenciales para controlar sus problemas de salud^{2,3}.

Para sacarnos de la inercia, puede servir como ejemplo la imagen a seguir, publicada en artículo de esta misma revista⁴, en la cual están representados los coeficientes de mortalidad y el riesgo de morir precozmente (de los 45 a los 64 años) por enfermedades cardiovasculares, en el período de 2000-2004, según los barrios y su categorización socioeconómica, en la ciudad de Porto Alegre. Casi la mitad de las muertes precoces podría ser atribuida a tales factores, más de tres veces superiores cuando son comparados moradores de barrios de peor ubicación inferior y los de ubicación privilegiada o satisfactoria.

Ya en 1978, en muestra representativa de toda la población adulta (20-74 años) del Estado de Rio Grande do Sul, y, posteriormente en 1987, en muestra de la población de más de 18 años de la ciudad de Porto Alegre, en artículo publicado en esta misma revista⁵, demostramos la importancia de la inserción de los individuos en el contexto social y sistema de producción, sobre la prevalencia de hipertensión arterial y de otros factores de riesgo, según puede ser visto en las siguientes figuras, retiradas de la publicación.

Es importante destacar que no solamente la prevalencia de hipertensión arterial, sino también las medias de presión arterial, sistólica y diastólica, estandarizadas por sexo y edad, variaron significativamente en razón inversa al privilegio social.

Si consideramos que la hipertensión arterial es meramente un problema fisiopatológico restringido, y suficiente su abordaje farmacológico, nunca vamos a conseguir controlarlo, y, aunque se consiga reducir los niveles de presión arterial, sin tocar lo restante del complejo causal, los resultados serán muy pobres, parciales y no sustentables.

La inercia actual se basa en nuestra satisfacción con la posición social por nosotros alcanzada, en la presión ejercida por los intereses económicos de la industria farmacéutica y en la inoperancia política que tiende a esconder las dificultades sociales y volver la atención a las fuentes de recursos que tienden a mantener el *status quo*.

Tres citas pueden ayudarnos a vencer nuestra inercia clínica, tanto con relación a factores de riesgo aislados, como

Correspondencia: Aloyzio Cechella Achutti •

Av. Bastian, 212 - Menino Deus - 90130-020 - Porto Alegre, RS - Brasil

E-mail: achutti@cardiol.br, achutti@gmail.com

Artículo recibido en 26/04/10; revisado recibido en 26/04/10; aceptado en 07/05/10.

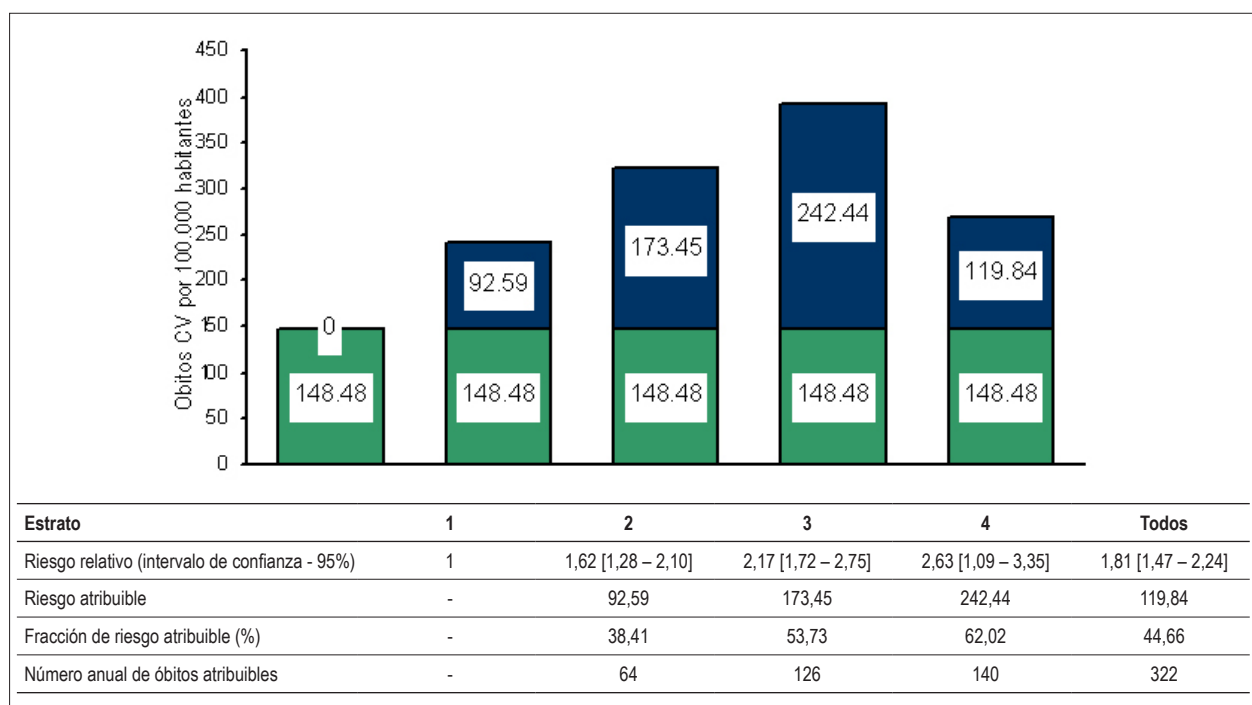


Fig. 5 - Coeficiente de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la franja de los 45 a 64 años de edad, riesgo relativo, riesgo atribuible, fracción de riesgo atribuible, y número anual de óbitos atribuibles, según los estratos socioeconómicos; Porto Alegre, 2000-2004.

Tabela XI - Prevalencia creciente de hipertensión proporcional a la posición ocupada por los individuos dentro del sistema de producción

Grupo de relación de trabajo estandarizadas en %	Razones de prevalencia
Propietarios rurales	76,50
Socios	81,17
Alquileres y pensiones	92,86
Funcionarios públicos	94,34
Dueños de empresas	95,29
Arrendatarios	98,43
Asalariados rurales, comodatarios y ocupantes	101,44
Ayudantes y agregados rurales	103,27
Ayudantes y empleados de persona física	114,67
Autónomos e informales	120,87
Asalariados del sector privado	121,11
Todos los rurales	85,1
Todos los no rurales	113,79

Fuente: A. Achutti e cols.⁵

Tabela XII - Prevalencia de factores de riesgo según nivel educativo en Porto Alegre, 1987

Educación	Hipertensión	Alcohol	Obesidad	Tabaco	Ejercicio
Universidad	6,6	9,8	10	46	74,7
Secundaria	8,0	18,2	18	47	79,1
Primaria	19,9	18,1	31	55	85,3
Illetrados	27,8	33,3	47	72	87,3

Fuente: World Bank A. Achutti⁵.

con relación a sus determinantes básicos:

1 - Sir Michael Marmot, en su reciente revisión del asunto, dice que “reducir las desigualdades es materia de bienestar y justicia social, y que las desigualdades son asuntos de vida o muerte, de salud y enfermedad, de bienestar y miseria”⁶.

2 - Al definir metas para 2020, la Asociación Americana de Cardiología, a través de su comité de planificación estratégico y estadístico, “establece que sean monitoreadas por primera vez las condiciones de vida en ausencia de enfermedades cardiovasculares como una medida de salud cardiovascular”.

“El comité y la Asociación reconocen la importancia de mejorar la calidad de vida (no solamente reduciendo enfermedades) como un importante componente de salud cardiovascular en el impacto global para 2020. El concepto de HRQOL (indicador de calidad de vida) generalmente va más

allá de las medidas tradicionales de mortalidad y morbilidad, y puede incluir funcionamiento físico, mental y social, así como bienestar general”⁷.

3 - Por fin, para minimizar la sensación de culpa, sin sacarnos la responsabilidad, vale recordar una de las frases lapidarias del recordado profesor Geoffrey Rose.

“¿Quién es responsable? Es claro que los médicos tienen solamente una responsabilidad limitada por la salud de la nación. Nuestro papel, y el papel de la educación para la salud, no es manipular, sino informar, orientar, desafiar y dar apoyo. Esto es ciertamente importante, su impacto sobre el peso medio de la población, estilo de vida y uso de bebidas alcohólicas está condicionado por otras y más importantes fuerzas. Médicos son consejeros especializados de la sociedad, pero nosotros no somos responsables por sus elecciones”⁸.

Referencias

1. Hoepfner C, Franco SC. Inercia clínica e controle da hipertensão arterial nas unidades de atenção primária à saúde. *Arq Bras Cardiol.* 2010; 95 (2): 223-9.
2. Leka S. Impact of psychosocial hazards at work: an overview. *WHO Bulletin.* 2010; (in print).
3. Chow CK, Lock K, Teo K, Subramanian SV, McKee M, Yusuf S. Environmental and societal influences acting on cardiovascular risk factors and disease at a population level: a review. *Int J Epidemiol.* 2009; 38 (6): 1580-94.
4. Bassanesi SL, Azambuja MIR, Achutti A. Mortalidade precoce por doenças cardiovasculares e desigualdades sociais em Porto Alegre: da evidência à ação. *Arq Bras Cardiol.* 2008; 90 (6): 403-12.
5. Achutti A, Achutti VR. Fatores de risco para aterosclerose: elementos para descrição da situação no Rio Grande do Sul. *Arq Bras Cardiol.* 1994; 63 (5): 427-31.
6. Michael Marmot Reviews: Strategic review of health inequalities in England post-2010. *The Marmot Review.* [Acesso em 2010 fev 10]. Disponível em <http://www.ucl.ac.uk/marmotreview>.
7. Lloyd-Jones DM, Hong Y, Labarthe D, Mozaffarian D, Appel LJ, Van Horn L, et al. Defining and setting national goals for cardiovascular health promotion and disease reduction: the American Heart Association's strategic Impact Goal through 2020 and beyond. *Circulation.* 2010; 121 (4): 586-613.
8. Rose G. Population distribution on risk and disease. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 1991; 1: 37-40.