



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
SECCIÓN DE POSGRADO

FRECUENCIA DE INERCIA CLÍNICA Y FACTORES ASOCIADOS  
EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
HOSPITAL II VITARTE 2019

PRESENTADA POR  
CAROL KARLA PAUCAR RIMAC

ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR Y COMUNITARIA

LIMA – PERÚ  
2020



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**FRECUENCIA DE INERCIA CLÍNICA Y FACTORES ASOCIADOS  
EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA  
HOSPITAL II VITARTE 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR Y  
COMUNITARIA**

**PRESENTADO POR  
CAROL KARLA PAUCAR RIMAC**

**ASESOR  
DRA. GEZEL RAQUEL VÁSQUEZ JIMÉNEZ**

**LIMA, PERÚ**

**2020**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Índice</b>	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	5
1.4 Justificación	6
1.5 Viabilidad y factibilidad	7
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>8</b>
2.1 Antecedentes	8
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definición de términos básicos	18
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>23</b>
3.1 Formulación de la hipótesis	23
3.2 Variables y su operacionalización	23
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>26</b>
4.1 Tipos y diseño	26
4.2 Diseño muestral	26
4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	26
4.4 Procesamiento y análisis de datos	28
4.5 Aspectos éticos	28
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>29</b>

**PRESUPUESTO** 30

**FUENTES DE INFORMACIÓN** 32

**ANEXOS**

1. Matriz de consistencia
2. Instrumentos de recolección de datos
3. Consentimiento informado

## CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción del problema

En los últimos años, la falta de un tratamiento adecuado para alcanzar el objetivo terapéutico de diversas patologías, o la prescripción de pautas que son discordantes con las recomendaciones de las guías de manejo actuales, se ha denominado Inercia Clínica (IC) o Inercia Terapéutica (IT)(1). La literatura describe esta característica principalmente en afecciones crónicas, como diabetes mellitus, hipertensión arterial o hipercolesterolemia, debido al conocimiento de objetivos terapéuticos y algoritmos de tratamiento claramente establecidos(2,3); sin embargo, debido a las limitaciones de los diferentes estudios no está claro el impacto de la IC en el control de diversas patologías.

A nivel mundial, uno de los primeros estudios en describir este problema fue el Estudio Australiano de Hipertensión y Riesgo Absoluto (AusHEART)(4); este estudio recolectó datos de una muestra nacional, representativa y estratificada por conglomerados de 322 médicos generales y sus 5293 pacientes, con la finalidad de estimar el riesgo absoluto de un evento cardiovascular para cada paciente y de identificar la proporción de pacientes que reciben el tratamiento adecuado. Entre los resultados destacan, de 1548 pacientes con enfermedad cardiovascular establecida solo el 50% recibía una combinación adecuada de medicamento antihipertensivo, una estatina y un agente antiplaquetario; por lo que se confirmó el tratamiento insuficiente en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

Un estudio nacional, multicéntrico y transversal, realizado durante el 2015 en los centros de atención primaria en Croacia, proporcionó información sobre 449 médicos de familia y sus 10 275 pacientes con Diabetes *mellitus* tipo 2; los resultados de la investigación, revelaron una inercia clínica media de 55.6% y se asoció principalmente, a mayores puntajes de hemoglobina glicosilada (HbA1c), aumento de glicemias postprandiales, inactividad física y administración de fármacos distintos a los antidiabéticos orales(5).

En Latinoamérica, también se ha descrito esta problemática. Así, un grupo de investigadores de la Universidad Tecnológica de Pereira en Colombia, realizaron un estudio transversal retrospectivo, con la finalidad de establecer la efectividad de la terapia antidiabética y cuantificar la frecuencia de inercia clínica en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes *mellitus* tipo 2; la inercia clínica se evidenció en el 56.8% de los pacientes, similar a lo descrito en la literatura universal(6). Otro estudio transversal tipo analítico más reciente, realizado en una unidad de medicina familiar en México, el cual incluía pacientes con diabetes *mellitus* tipo 2, encontró una frecuencia inferior de inercia clínica (35.8%)(7); sin embargo, estos hallazgos no se pueden extrapolar a la población mexicana debido al tamaño muestral y al tipo de estudio. En nuestro país, por el contrario, no se ha descrito la frecuencia de esta problemática ni los factores asociados al mismo.

Por otro lado, tradicionalmente la inercia terapéutica se ha considerado como fracaso del proveedor de la atención médica; sin embargo, en la literatura se describen diversos factores presentes no solo en el profesional médico, sino además en el sistema de atención médica y en el paciente inclusive(1,8,9). En el primer caso, para describir las causas de la IC, se han descrito la edad, el sexo, los años de formación, la falta de entrenamiento y organización, las actividades formativas o investigadoras en los últimos años, el grado de adherencia a las guías de práctica clínica, una falsa impresión de buen control de la enfermedad, la percepción de mala adherencia del paciente, entre otros(8,9).

En el segundo caso se han descrito la edad, la raza, el sexo, negación de enfermedad, la baja alfabetización en salud, las comorbilidades, los resultados de los parámetros analíticos o clínicos durante la consulta médica, el costo de la medicación y las reacciones adversas de los medicamentos(8,9). Respecto a los factores asociados al sistema de atención médica se han detallado la falta de profesionales, la falta de planificación de visitas, la ausencia de guías de manejo, la falta de registro de la morbilidad, la pobre comunicación entre los miembros del equipo de salud, entre otros(8,9).

En cuanto a la cardiopatía isquémica, es una enfermedad que cursa con un inadecuado suministro de sangre al miocardio, debido a la obstrucción de las arterias coronarias, principalmente por aterosclerosis(10). El diagnóstico de esta patología se basa en la presencia de dolor torácico típico asociado a factores de riesgo cardiovascular, dolores torácicos atípicos, disnea al esfuerzo o incluso isquemias silenciosas en pacientes con diabetes *mellitus*(11). Sin embargo, cuando estas características se perpetúan en el tiempo, pueden resultar en eventos cardiovasculares como muerte, nuevos episodios de infarto de miocardio o discapacidad; más aún si los factores de riesgo cardiovascular no se controlan de manera adecuada(10,11). Así, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se prevé que los años de vida ajustados por discapacidad en esta enfermedad, alcancen los 47 millones de años para el 2020(12). De ahí la importancia de alcanzar los objetivos terapéuticos recomendados por las principales sociedades médicas.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Qué factores están asociados a la inercia clínica en pacientes con Cardiopatía Coronaria, atendidos en el Hospital II Vitarte durante el periodo de julio de 2019 y diciembre de 2019?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar los factores que están asociados a inercia clínica en pacientes con Cardiopatía Coronaria atendidos en el Hospital II Vitarte entre julio de 2019 y diciembre de 2019.

### **Objetivos específicos**

Cuantificar la frecuencia de la inercia terapéutica en pacientes con Cardiopatía Coronaria en el Hospital II Vitarte.

Correlacionar la inercia terapéutica con los principales objetivos terapéuticos de HbA1C, presión arterial y nivel de c-LDL en pacientes con Cardiopatía Isquémica en el Hospital II Vitarte.



Determinar la distribución de los factores asociados a IC según profesional de salud, paciente o sistema de salud en pacientes con Cardiopatía Isquémica en el Hospital II Vitarte.

#### **1.4 Justificación**

Esta investigación es relevante e importante, debido a que la inercia terapéutica influye de manera negativa en el alcance de los objetivos terapéuticos en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes *mellitus* y la cardiopatía coronaria; más aún, cuando estas enfermedades se encuentran en incremento debido al envejecimiento progresivo de la población y a la epidemia del sobrepeso y la obesidad.

Como es predecible, este crecimiento no solo generará un impacto sostenido en los sistemas de salud frágiles como el nuestro, sino que, además, repercutirá en la salud y el bienestar de las personas y, en el desempeño profesional y ético del médico hacia el paciente. Además, en los últimos años, en el Hospital II Vitarte no se ha presentado ningún estudio epidemiológico ni analítico sobre este tema, a pesar del número elevado de atenciones por consulta o emergencia sobre esta patología, en comparación con otros hospitales del mismo nivel de atención.

De esta forma, esta investigación permitirá definir y recomendar estrategias de intervención acordes con la finalidad de mejorar el control de enfermedades no transmisibles crónicas y alcanzar los objetivos terapéuticos en pacientes con las enfermedades mencionadas.

Así mismo, es conocido que el tratamiento oportuno y adecuado de estas patologías no solo previenen y reducen la incidencia de otras patologías como el accidente cerebrovascular, sino además reduce los años perdidos por discapacidad y la mortalidad en general y por causa específica. Con ello, permitirá una mejor calidad de vida para los pacientes.

#### **1.5 Viabilidad y factibilidad**

El presente estudio es viable, pues la institución donde se tomará la muestra promueve el desarrollo de investigaciones en torno a enfermedad cardiovascular

y diabetes *mellitus*, priorizados no solo por esta institución, sino además por el Ministerio de Salud. Así mismo, el diseño del estudio no alcanza el mínimo riesgo para los participantes elegibles, por lo que se evitará cualquier conflicto ético.

Por otro lado, este estudio es factible, ya que se cuenta con los recursos materiales, financieros y humanos que garanticen el desarrollo de la investigación sin dificultades. Además, cabe resaltar, que el tiempo de la investigación es adecuado, ya que no solo permitirá recolectar un tamaño de muestra representativo, sino que además se dispondrá de un tiempo coherente para el análisis e interpretación de resultados.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

Respecto a la IC, existe literatura variada que indica que la terapia para las enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia puede no solo prevenir, sino además retrasar las complicaciones. A continuación, se presentarán algunos artículos que evidencian la situación actual del problema de investigación.

En 2018, Pantalone et al. analizaron la frecuencia de la IT en una cohorte de 7389 pacientes con DM2; estos pacientes pertenecían a la Clínica Cleveland, habían recibido tratamiento regular con dos antidiabéticos orales (ADO) por lo menos seis meses y, tenían un valor de HbA1c  $\geq 7\%$ . Se realizó el seguimiento durante los seis meses posterior a este hallazgo, tratando de identificar el aumento de la dosis de los antidiabéticos, la adición de otro ADO, la adición de un agonista del receptor del péptido-1 similar al glucagón o la adición de insulina; sin embargo, los resultados no fueron alentadores(13). Así mismo, este autor describió que casi dos terceras partes de este grupo de pacientes no tenía evidencia de modificación de la terapéutica; más alarmante aún, evidenciaron que en pacientes con HbA1c  $\geq 9\%$  la terapia no se modificó en el 44% de los participantes y, en pacientes con HbA1c entre 8 y 8.9% la IT superaba la mitad de la población en estudio (53%)(13).

En 2017, Mahabaleshwarkar et al. presentaron una cohorte retrospectiva de diabéticos en monoterapia con metformina, con el objetivo de determinar el grado de inercia clínica y los factores relacionados con el paciente y los profesionales de salud. Para el análisis se utilizaron datos de uno de los sistemas de atención médica más grande de Estados Unidos, así, la muestra estaba conformada por 996 pacientes entre 18 y 85 años que experimentaron una lectura no controlada de HbA1c en la monoterapia con metformina después de 90 días o más de tratamiento continuo. Las variables de estudio incluyeron factores de los pacientes (edad, raza, sexo, seguro, índice de masa corporal (IMC), HbA1c, presión arterial, nivel de colesterol y triglicéridos, comorbilidades) y de los profesionales de la salud (edad, raza, sexo, especialidad, carga de casos de

diabetes, entre otros). Los resultados describieron una alta tasa de inercia clínica (67.9%) y, que el mismo estaba asociado a una mayor edad del paciente, mayor edad del profesional y ser un médico de atención primaria(14).

En Latinoamérica, también se ha descrito esta condición, pero en frecuencias más bajas. Así, García-Morales y Reyes-Jiménez realizaron un estudio transversal analítico en mayo de 2017 con la finalidad de determinar la frecuencia de IC en pacientes diabéticos en un centro de atención primaria en Acapulco-México; el estudio incluyó 345 diabéticos de ambos sexos que tenían reporte electrónico de los médicos tratantes y las cifras de glucosa, colesterol, triglicéridos y creatinina en una base de datos accesible a los investigadores; los resultados indicaron que más del 80% de los pacientes presentaron un control inadecuado en alguna variable metabólica y, de estos uno de cada tres presentaron niveles de HbA1c superiores al objetivo terapéutico estándar(7).

Un estudio epidemiológico publicado en el 2013, realizado por Sarah Casagrande y colegas sobre la prevalencia del cumplimiento de objetivos terapéuticos en personas con diabetes mellitus entre 1988 y 2010, basado en datos de las Encuestas Nacionales de Salud y Nutrición en América del Norte, sugieren que solo aproximadamente el 20% de las personas con diabetes están logrando sus objetivos de presión arterial, lípidos y glucémicos en esta región, es decir, casi 30 millones de personas que viven con diabetes mellitus no están controladas adecuadamente; así mismo, los datos sugieren que durante un período de 5 años, por cada 20 personas con diabetes mellitus 2 y una presión arterial de 10 mmHg por encima del objetivo, uno sufrirá un infarto de miocardio o un derrame cerebral y en uno progresará su enfermedad microvascular; dentro de los mismos 5 años, se producirá un infarto de miocardio o accidente cerebrovascular adicional por cada 20 pacientes con un colesterol LDL 30 mg/dl por encima del objetivo y se producirá una complicación microvascular por cada 20 en quienes posean una HbA1c 1% por encima del objetivo terapéutico definido como 7%; en esta investigación se logró identificar que la inercia clínica en América del Norte era responsable de un exceso de aproximadamente 200 000 complicaciones relacionadas con la diabetes evitables por año, los cuales,

al mismo tiempo generan millones de dólares en pérdidas por exceso de atención médica y decenas de miles de muertes prematuras(15).

Uno de los estudios más importantes que evidencian la relevancia del nivel de presión arterial relacionado con la edad, fue un metaanálisis publicado por Lancet en el 2003; esta investigación incluyó 61 estudios observacionales prospectivos y brindó información sobre presión arterial y mortalidad en un millón de adultos entre 40 y 89 años de edad sin enfermedad vascular previa; así a partir de este estudio se evidenció que el riesgo de morir comenzó a incrementarse en todos los grupos etarios con presiones sanguíneas superiores a 115/75(16).

Por otro lado, la PA elevada es también el principal factor asociado con mortalidad prematura; así lo evidencia el estudio “Carga global de hipertensión y presión arterial sistólica de al menos 110 a 115 mm Hg, 1990-2015”, el cual se publicó en el 2017 y tenía como objetivo estimar la asociación entre la presión arterial sistólica (PAS) de al menos 110 a 115 mmHg y PAS de 140 mmHg o más y la carga de diferentes causas de muerte y discapacidad por edad y sexo para 195 países y territorios entre 1990 y 2015. Luego del análisis, tras ocasionar casi 10 millones de muertes y más de 200 millones de años de vida ajustados por discapacidad; a pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento de la Hipertensión arterial (HTA) en los últimos 30 años, los años de vida ajustados por discapacidad atribuible a la HTA han aumentado en un 40% desde 1990; así los valores de PAS superiores a 140 mmHg son la causa principal de mortalidad y alrededor del 70% de discapacidad; además, se detalló que el mayor número de muertes por año relacionadas con la PAS se deben a cardiopatía isquémica (4,9 millones), infarto cerebral hemorrágico (2,0 millones) e infarto cerebral isquémico (1,5 millones)(17).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Definición de Inercia clínica**

La inercia clínica es definida por el manejo inapropiado de al menos una condición médica del paciente, debido a la falta de intervenciones terapéuticas apropiadas(2,18). Es decir, se entiende como el fracaso de los médicos en iniciar

o intensificar una terapia que está indicada cuando los resultados revelan una respuesta inadecuada bajo el régimen médico actual(3,18). En la actualidad, su impacto clínico no se conoce realmente; sin embargo, si se describe como un factor clave en el manejo de enfermedades metabólicas no transmisibles y en la incidencia de patologías cardiovasculares y cerebrovasculares(2,18).

El término inercia clínica fue acuñado hace 18 años aproximadamente por Phillips y sus colegas; para su definición se basaron no solo en datos epidemiológicos, sino además incluyeron estudios que analizaban el comportamiento del médico durante la visita de los pacientes. Por ejemplo, de este último se cita el estudio realizado por Berlowitz y colegas, en el cual se hizo un seguimiento a hombres hipertensos en cinco hospitales de Asuntos de Veteranos en Nueva Inglaterra por 2 años; se encontró que el cuarenta por ciento de los pacientes tenían presiones superiores de 160/90 mmHg a pesar de un promedio de más de seis visitas al médico por año y, que la terapia solo se incrementó durante el 6.7% de las visitas de pacientes; de esta manera se evidencia que los médicos retrasan en múltiples oportunidades hacer cambios en el régimen terapéutico de los pacientes(1).

El concepto de inercia clínica o terapéutica surge como consecuencia de las prácticas de la medicina basada en la evidencia. Así, para identificarla es necesario hacer precisión en tres condiciones(18,19):

1. Resultados clínicos reconocidos y objetivables
2. Una terapia recomendada cuantificable y,
3. Un lapso apropiado para iniciar o intensificar el tratamiento

Sin embargo, existen autores que consideran que las condiciones mencionadas no son suficientes para determinar si las decisiones individuales de aumentar, disminuir o mantener la terapia podrían ser apropiadas para un paciente; ya que es necesario considerar características individuales de cada paciente, los resultados intermedios que se pudieran objetivar, otros factores modificables o no modificables.

## **Causas de inercia**

En la literatura, los retrasos en la escalada del tratamiento se describen como factores asociados a los médicos, a los pacientes y a los servicios de salud(18,19). Autores como O'Connor y sus colegas pertenecientes al Instituto de Salud de Minneapolis en Estados Unidos postulan que cada uno de estos factores (proveedores, pacientes y el sistema), contribuyen alrededor del 50%, 30% y 20% respectivamente en la generación de la inercia(20). Sin embargo, otros autores informan hasta un 75% de influencia asociado a factores relacionados con el proveedor de la salud(2).

Entre los médicos puede ser más fácil identificar con precisión la inercia clínica; sin embargo, se observa que aun identificándolo subestiman el número de sus propios pacientes que no están en los objetivos. Esto podría deberse a que muchos profesionales carecen del apoyo adecuado, conocimiento o capacitación para controlar la diabetes tipo 2 debido, por ejemplo, a la expansión de las opciones terapéuticas en los últimos años. Además, en las guías también ha habido un impulso para adaptar las estrategias de tratamiento a fin de lograr objetivos individualizados, sin embargo, algunos presentan pocos agentes disponibles sin ninguna indicación clara.

### **2.3 Definición de términos**

**Inercia terapéutica:** Definida como la conducta del profesional que no es concordante con las pautas para alcanzar los objetivos terapéuticos en el tratamiento de un paciente(2,3,18).

**Edad:** Periodo que transcurre desde el nacimiento hasta el día de la entrevista, expresada en años.

**Sexo:** Condición biológica y fisiológica que definen a las personas en varones o mujeres.

**Índice de masa corporal (IMC):** Es una razón que asocia el peso y la talla con la finalidad de clasificar el peso y la obesidad en adultos.

**Nivel de hemoglobina glicosilada (HbA1c):** Fracción de hemoglobina adherido a glucosa; se cuantifica a través de un examen de sangre y permite valorar el control de la diabetes en los últimos tres meses(21,22).

**Nivel de colesterol de lipoproteínas de baja densidad (c-LDL):** Corresponde al 70% u 80% del colesterol que es transportado por las lipoproteínas de baja densidad desde el hígado hacia los tejidos(23).

**Nivel de presión arterial:** Mide la fuerza ejercida por la sangre circulante contra las paredes de las arterias. Esta se valora mediante dos medidas, la presión sistólica y la presión diastólica que se exponen como parte de una relación entre ambas. La elevación de esta se define como hipertensión arterial y se asocia a elevada morbimortalidad(24).

**Adherencia terapéutica:** De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define como la medida en el cual el comportamiento de una persona que toma medicamentos, sigue una dieta y/o realiza cambios en el estilo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el proveedor de atención médica(25).

**Consumo de tabaco:** Hábito de fumar adoptado por la persona.

**Consumo de alcohol:** Hábito de consumir alcohol adoptado por la persona.

**Nivel de actividad física:** Es un hábito adoptado por cualquier persona que se caracteriza por la presencia de movimientos corporales producido por los músculos esqueléticos que exige un gasto energético y que se produzca de manera rutinaria y cotidiana.

**Número de comorbilidades:** Presencia de uno o más trastornos en el mismo paciente, diferente a la enfermedad primaria o en estudio(26).



**Presencia de eventos adversos:** Cualquier evento o lesión desfavorable que ocurra durante la terapia farmacológica del paciente y que resulte de una atención adecuada o de una atención inadecuada o subóptima(27).

**Riesgo cardiovascular:** Es la probabilidad de que un individuo desarrolle un evento adverso durante un período de tiempo determinado. Así, en el manejo de la enfermedad cardiovascular es usual la utilización de puntajes de riesgo objetivos, basados en factores de riesgo establecidos(28).

**Sensación de bienestar:** Estado completo de plenitud física, mental y social.

**Polifarmacia:** Condición clínica frecuente en adultos mayores; se define como el uso de 5 o más medicamentos de manera continua y simultánea. También se ha descrito la hiperpolifarmacia, como tomar 10 o más medicamentos(29).

**Duración de consulta médica:** Tiempo asignado a la atención de cada paciente.

**Temor del profesional:** Miedo del profesional ante la ocurrencia de que suceda algo perjudicial o negativo al paciente tras la modificación de la terapéutica, como el inicio de la insulinización.

**Tratamiento farmacológico en los dos años previos al estudio:** Terapia asignada a los pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica en los dos años previos a la realización del estudio, con la finalidad de alcanzar los objetivos terapéuticos establecidos.

**Años de experiencia del profesional:** Tiempo de ejercicio de la profesión médica desde el término de la especialidad de medicina interna o cardiología hasta la fecha de la entrevista, expresada en años.

**Número de congresos o cursos formativos en los últimos dos años:** Frecuencia de actualización o capacitación sobre el manejo de enfermedades metabólicas no transmisibles.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de la hipótesis

H1. Si los adultos tienen más de 75 años, más de 2 comorbilidades, uso 5 o más medicamentos simultáneamente, sentirse bien, tienen mala adherencia; entonces se produce la inercia clínica en los pacientes con Cardiopatía coronaria atendidos en el Hospital II Vitarte.

H2. Si médicos tienen tiempo insuficiente para cada paciente, miedo a efectos adversos, pocas habilidades para inicio de insulina, niveles de HbA1C muy altos; entonces se genera la inercia clínica en los pacientes con Cardiopatía Coronaria atendidos en el Hospital II Vitarte.

H3. En todo paciente con Cardiopatía coronaria que no alcanza los objetivos terapéuticos de HbA1C, presión arterial y nivel de c-LDL se produce la inercia terapéutica.

### 3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Medio de verificación
Inercia clínica	Intensificación de tratamiento según guías actuales	Cualitativa Dicotómica		Nominal	Si (se realizó inicio o intensificación) No (No se realizó)	Historia clínica
Edad	Tiempo de vida desde nacimiento	Cuantitativa Continua	Años	De razón	Adulto: <60 Tercera edad: 60-74 Cuarta edad: 75-89 Longevo: 90-99 Centenario: >100	Entrevista personal
Sexo	Condición biológica que define a personas	Cualitativa Dicotómica		Nominal	Masculino Femenino	Historia clínica

Índice de masa corporal (IMC)	Razón entre peso y talla	Cualitativa Politómica	Kg/m <sup>2</sup>	Ordinal	Bajo peso: <18.5 Normal: 18.5 – 24.9 Sobrepeso: 25 – 29.9 Obesidad I: 30 – 34.9 Obesidad II: 35 – 39.9 Obesidad III: ≥40	Historia clínica
Nivel de HbA1c	Fracción de hemoglobina adherida a glucosa	Cuantitativa Continua		Intervalo	Óptimo: <7% Adecuado: 7%–<8% No controlado: >8%	Registro electrónico de resultados
Nivel de c-LDL	Colesterol transportado por lipoproteínas de baja densidad	Cuantitativa Continua	Mg/dl	Intervalo	Óptimo: ≤ 55mg/dl o <50% basal Adecuado: < 70mg/dl No controlado: >70mg/dl	Registro electrónico de resultados
Nivel de PA	Fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias.	Cuantitativa Discreta	MmHg	De razón	Óptimo: ≤130/80 Adecuado: >130/80 - ≤140/90 No controlado: >140/90	Historia clínica
Adherencia terapéutica	Cumplimiento del tratamiento según prescripción.	Cualitativa Dicotómica		Nominal	Si (recogió recetas en los últimos 3 meses) No (no recogió recetas prescritas)	Verificación en el sistema de farmacia
Consumo de tabaco	Hábito de fumar adoptado por la persona	Cualitativa Politómica	Cigarrillos/día	Nominal	No fuma Fuma <10 Fuma ≥10	Entrevista personal
Consumo de alcohol	Hábito de consumir alcohol adoptado por la persona	Cualitativa Dicotómica	Medidas/día 1 medida equivalentes a 300cc de cerveza, 150cc de vino o 40cc de una bebida de mayor gradación	Nominal	No: no consume alcohol Si: varón consume > 2 medidas/día, mujer consume > 1 medida/día	Entrevista personal
Nivel de actividad física	Hábito adoptado por la persona manifestado por cualquier	Cualitativa Politómica		Nominal	No: no realiza actividad Alguna actividad: realiza <150 minutos/semana	Entrevista personal

	movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige un gasto de energía.				Adecuada actividad: realiza >150 minutos/semana	
Número de comorbilidad	Frecuencia de enfermedades o condiciones de salud que puede coexistir con el curso clínico del paciente.	Cualitativa Politómica		Nominal	Ninguno Una o dos comorbilidades Tres o más comorbilidades	Historia clínica
Presencia de eventos adversos	Evento desfavorable e inesperado asociado a la modificación del esquema terapéutico establecido	Cualitativa Dicotómica		Nominal	Si (presencia de algún evento adverso) No (ausencia de evento adverso)	Entrevista personal
Riesgo cardiovascular	Probabilidad de una persona de sufrir un evento CV aterosclerótico mortal o no, en un determinado tiempo.	Cualitativa Politómica		Ordinal	Riesgo bajo: SCORE <1% Riesgo moderado: SCORE $\geq$ 1% - <5% Riesgo alto: SCORE $\geq$ 5% - <10% Riesgo muy alto: $\geq$ 10%	Tablas SCORE
Bienestar	Sensación plena de salud	Cualitativa Dicotómica		Nominal	Si (asintomático) No (presencia de algún síntoma general de manera persistente)	Entrevista personal
Polifarmacia	Uso simultáneo de medicamentos.	Cualitativa Politómica		Ordinal	Polifarmacia menor: 2-4 Polifarmacia mayor: $\geq$ 5 Hiperpolifarmacia: $\geq$ 10	Historia clínica
Duración de consulta médica	Tiempo asignado a la	Cuantitativa Discreta	Minutos	De razón	<10 minutos 10 – 15 minutos >15 minutos	Cuestionario prediseñado

	atención de cada paciente					
Temor del profesional	Miedo ante la ocurrencia de algo perjudicial o negativo	Cualitativa Dicotómica		Nominal	Si (existe temor) No (No existe temor)	Cuestionario prediseñado
Tratamiento farmacológico en los dos años previos al estudio	Terapia asignada según guías de manejo actuales	Cualitativa Politómica		Nominal	Un antidiabético oral Dos antidiabéticos orales Insulina solo Un antidiabético oral + insulina	Cuestionario prediseñado
Años de experiencia del profesional	Tiempo de ejercicio de profesión médica	Cuantitativa Discreta	Años	De razón	<5 años 5-10 años >10 años	Cuestionario prediseñado
Número de congresos o cursos formativos en los últimos 2 años	Actualización o capacitación sobre manejo de enfermedades metabólicas no transmisibles	Cuantitativa Discreta		De razón	1-3 4-6 ≥7	Cuestionario prediseñado

## CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

### 4.1 Tipos y diseño

Estudio observacional, retrospectivo, analítico de tipo caso-control, realizado en pacientes diagnosticados de Cardiopatía Isquémica que son atendidos en los servicios de Medicina Interna y Cardiología del Hospital II Vitarte; el cual pertenece a la Seguridad Social ESSALUD y atiende al 2% de su población de Ate Vitarte(30).

Para la definición de caso se consideró a todo paciente mayor de 18 años con diagnóstico de cardiopatía isquémica y que además cumpliera los criterios de inclusión. Para los controles, se asumió cuatro controles pareados por edad y sexo con la finalidad de incrementar la potencia del estudio.

### 4.2 Diseño muestral

#### Población

Pacientes que acuden a la consulta diaria en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología en el Hospital II Vitarte.

#### Población de estudio

Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica que acuden a la consulta diaria en los Servicios de Medicina Interna y Cardiología en el Hospital II Vitarte entre julio del 2019 y diciembre de 2019.

#### Tamaño de muestra

El tamaño muestral se calculará utilizando STATA© 2013 StataCorp LP versión 13.0; para ello se considerará como modelo diferentes estudios que describen una prevalencia de inercia superior al 30% en patología crónicas como diabetes mellitus, hipertensión o dislipidemias(31–34).

#### Muestreo

El muestreo es de tipo no probabilístico, ya que los pacientes, serán identificados durante la consulta externa ambulatoria de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes de 18 años o más
- Pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que acuden a control ambulatorio en los servicios de Medicina Interna o Cardiología.
- Pacientes con un mínimo de 3 visitas durante los últimos 24 meses anteriores a la consulta médica.
- Pacientes que acepten participar de manera voluntaria y que contesten el cuestionario indicado.
- Pacientes que registren presión arterial (PA), nivel de c-LDL y hemoglobina glicosilada en al menos una de sus consultas.

#### **Criterios de exclusión**

- Paciente con Enfermedad cerebrovascular o Enfermedad arterial periférica
- Pacientes con diagnóstico de Cardiopatía Isquémica que acuden por primera vez a los consultorios de Medicina Interna o Cardiología.
- Pacientes con Cardiopatía Isquémica que no cuenten con resultados de c-LDL o HbA1C.
- Pacientes que no acepten participar en este estudio.

Por otro lado, se incentivará la participación del total de médicos especialistas (Médicos internistas y cardiólogos) que realicen la atención ambulatoria de este tipo de pacientes, previo consentimiento de participar voluntariamente en esta investigación.

Así mismo, se solicitarán los permisos correspondientes ante las unidades de capacitación, investigación y ética de esta institución.

### **4.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos**

Para la recolección de datos, se solicitará primero la aprobación del comité de ética tanto de la universidad como del Hospital II Vitarte. Posterior a ello, se realizará un listado con el número de médicos y pacientes que serán

identificados durante la consulta médica entre julio y diciembre del 2019. Se procederá a recolectar los datos en los instrumentos de investigación (anexo 2, anexo 3), a través de la entrevista directa y la revisión de las historias clínicas. A continuación, se eliminarán aquellas historias que no cuenten con los criterios de inclusión.

Posteriormente, se revisará el contenido completo de la historia clínica para completar la base de datos en Excel, previamente elaborada por el investigador. El registro de datos se realizará de forma anónima, confidencial e independiente; de tal manera que ninguno de los participantes en el estudio pueda ser identificado. Al finalizar se devolverán las historias clínicas al hospital sin modificaciones.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Una vez registrados los datos en Microsoft Excel 2010; se codificará cada variable y el control de calidad se realizará a través de la doble digitalización. Finalmente, el análisis de los datos se realizará a través del paquete estadístico STATA ©2013 StataCorp LP.

A continuación, se realizará una descripción de las características de los casos y controles. Las variables categóricas se resumirán a través de frecuencias absolutas y relativas; las demás variables numéricas serán resumidos con medidas de tendencia central y de dispersión. En el análisis bivariado, se utilizará la prueba de Chi cuadrado para las variables categóricas y, T de Student para las numéricas; la significancia se establecerá en base a un  $p < 0.05$ . Se utilizará la prueba de Hosmer-Lemeshow para evaluar la bondad de ajuste y el análisis multivariado se realizará a través de la regresión logística.

#### **4.5 Aspectos éticos**

Esta investigación no alcanza el mínimo riesgo para los sujetos de estudio; pues no se trabajará directamente con población vulnerable, sino que se utilizará información recogida previamente en las historias clínicas y en los instrumentos elaborados (Anexos 1 y 2). Así mismo, se entregará a los participantes una



declaración jurada de confidencialidad (Anexo 3) en el que el investigador se comprometerá con el manejo anónimo y confidencial de los datos del paciente.

Estos datos serán recolectados en un documento Excel y serán protegidos con un código de seguridad que únicamente será de conocimiento del investigador. Al final del trabajo, los datos recogidos y los resultados de la investigación serán puestos a disposición del Hospital II Vitarte para establecer medidas de prevención o fomentar futuras investigaciones.

## CRONOGRAMA

Pasos	2019								2020					
	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Redacción final del proyecto de investigación	X													
Aprobación del proyecto de investigación		X												
Recolección de datos			X	X	X	X	X	X						
Procesamiento y análisis de datos								X	X					
Elaboración del informe										X	X			
Correcciones del trabajo de investigación												X		
Aprobación del trabajo de investigación													X	
Publicación del artículo científico														X

## PRESUPUESTO

Categoría	Descripción	Monto unitario (S/.)	Monto mensual (S/.)	Monto total (S/.)14 meses
	Adquisición de diversas publicaciones	S/. 30.00	S/. 120.00	S/. 1,200.00
	Software STATA	S/. 500.00	—	S/. 500.00
	Material de escritorio (cuadernos de apuntes, lapiceros, etc.)	S/. 10.00	S/. 30.00	S/. 420.00
	Fotocopias, anillado y papel	S/. 0.05	S/. 20.00	S/. 280.00
Recursos materiales	Impresiones (instrumentos, informe parcial, carta para aprobación de la investigación por el comité ético de la universidad)	S/. 1.50	S/. 15.00	S/. 210.00
	USB para almacenamiento de información (8GB)	S/. 40.00	—	S/. 40.00
	Comunicación telefónica, fax, correo entre investigador-asesor/electricidad)	—	S/. 80.00	S/. 240.00
	Acceso ilimitado a internet	—	S/. 30.00	S/. 420.00
Gastos indirectos	Transporte	S/. 5.00	S/. 40.00	S/. 560.00
Impuestos de publicación	Impuesto de publicación en revista científica*	S/. 1,200.00	—	S/. 1,200.00
<b>TOTAL (S/.)</b>				<b>S/. 5,070.00</b>

\*Costo de publicación de acuerdo con las revistas donde se planea enviar el artículo

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Phillips LS, Branch J, Cook CB, Doyle JP, El-Kebbi IM, Gallina DL, et al. Clinical inertia. *Ann Intern Med.* 2001;135(9):825–34.
2. Faria C, Wenzel M, Lee KW, Coderre K, Nichols J, Belletti DA. A narrative review of clinical inertia: focus on hypertension. *J Am Soc Hypertens.* 2009;3(4):267–76.
3. Branch WT, Higgins S. Clinical Inertia: Hard to Move It Forward. *Rev Española Cardiol (English Ed.)* 2010;63(12):1399–401.
4. Heeley EL, Peiris DP, Patel AA, Cass A, Weekes A, Morgan C, et al. Cardiovascular risk perception and evidence-practice gaps in Australian general practice (the AusHEART study). *Med J Aust.* 2010;192(5):254–9.
5. Lang VB, Marković BB, Kranjčević K. Family physician clinical inertia in glycemic control among patients with type 2 diabetes. *Med Sci Monit.* 2015;21:403–11.
6. Machado-Duque ME, Ramírez-Riveros AC, Machado-Alba JE. Effectiveness and clinical inertia in patients with antidiabetic therapy. *Int J Clin Pract.* 2017;71(6):2–7.
7. García Morales G, Reyes Jiménez M. Inercia clínica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar de Acapulco Guerrero, México. *Atención Fam.* 2017;24(3):102–6.
8. Byrnes PD. Why haven't I changed that?: Therapeutic inertia in general practice. *Aust Fam Physician.* 2011;40(1–2):24–8.
9. Giugliano D, Maiorino MI, Bellastella G, Esposito K. Clinical inertia, reverse clinical inertia, and medication non-adherence in type 2 diabetes. *J Endocrinol Invest.* 2019;42(5):495–503.
10. Braun MM, Stevens WA, Barstow CH. Stable Coronary Artery Disease: Treatment. *Am Fam Physician.* 2018;97(6):376–84.
11. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, Capodanno D, Barbato E, Funck-Brentano C, et al. Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2019;1–71.
12. Aggarwal A, Srivastava S, Velmurugan M. Newer perspectives of coronary artery disease in young. *World J Cardiol.* 2016;8(12):728.
13. Pantalone KM, Misra-Hebert AD, Hobbs TM, Ji X, Kong SX, Milinovich A,

- et al. Clinical inertia in type 2 diabetes management: Evidence from a large, real-world data set. *Diabetes Care*. 2018;41(7):e113–4.
14. Mahabaleshwarkar R, Gohs F, Mulder H, Wilkins N, DeSantis A, Anderson WE, et al. Patient and Provider Factors Affecting Clinical Inertia in Patients With Type 2 Diabetes on Metformin Monotherapy. *Clin Ther*. 2017;39(8):1658-1670.e6.
  15. Casagrande SS, Fradkin JE, Saydah SH, Rust KF, Cowie CC. The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. *Diabetes Care*. 2013;36(8):2271–9.
  16. Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, Peto R CRPSC. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. *Lancet (London, England)*. 2002;360(9349):1903–13.
  17. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global burden of hypertension and systolic blood pressure of at least 110 to 115mmHg, 1990-2015. *JAMA - J Am Med Assoc*. 2017;317(2):165–82.
  18. Aujoulat I, Jacquemin P, Rietzschel E, Scheen A, Tréfois P, Wens J, et al. Advances in Medical Education and Practice Dovepress Factors associated with clinical inertia: an integrative review. *Adv Med Educ Pract [Internet]*. 2014;5–141. Available from: <http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S59022>
  19. Soto C, Strain WD. Tackling clinical inertia: Use of coproduction to improve patient engagement. *J Diabetes*. 2018;10(12):942–7.
  20. Usselman CWNSSJRB. Outpatient diabetes clinical decision support: current status and future directions. *Physiol Behav*. 2017;176(3):139–48.
  21. Molina EP. Interpretación de los análisis en la diabetes mellitus. 2019;15(Dm):91–6.
  22. Association AD. 6 . Glycemic Targets: Standards of Medical Care in Diabetes d 2019. In: *Diabetes Care*. 2019. p. 61–70.
  23. Society E, France MJC, Backer GG De, Ference BA, Kingdom U, Ireland IMG, et al. 2019 ESC / EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias : lipid modification to reduce cardiovascular risk The Task Force for the management of dyslipidaemias of the. 2019;1–78.
  24. Williams B, Masera G. 2018 ESC / ESH Guidelines for the management of

- arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the [Internet]. Vol. 00, European Heart Journal. 2018. 1–98 p. Available from: [www.wjpr.net](http://www.wjpr.net)
25. Perez-Ruiz F, Desideri G. Improving adherence to gout therapy: An expert review. *Ther Clin Risk Manag.* 2018;14:793–802.
  26. Stausberg J, Hagn S. New morbidity and comorbidity scores based on the structure of the ICD-10. *PLoS One.* 2015;10(12):1–11.
  27. Martins ACM, Giordani F, Rozenfeld S. Adverse drug events among adult inpatients: A meta-analysis of observational studies. *J Clin Pharm Ther.* 2014;39(6):609–20.
  28. Payne RA. Cardiovascular risk. *Br J Clin Pharmacol.* 2012;74(3):396–410.
  29. Kim J, Parish AL. Polypharmacy and Medication Management in Older Adults. *Nurs Clin North Am [Internet].* 2017;52(3):457–68. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cnur.2017.04.007>
  30. INEI IN de E e I. Provincia de Lima: resultados definitivos. In: Cuadros estadísticos de población, vivienda y hogar. 2018.
  31. Ruiz-Negrón N, Wander C, McAdam-Marx C, Pesa J, Bailey RA, Bellows BK. Factors Associated with Diabetes-Related Clinical Inertia in a Managed Care Population and Its Effect on Hemoglobin A1c Goal Attainment: A Claims-Based Analysis. *J Manag Care Spec Pharm.* 2019;25(3):304–13.
  32. Pallarés-Carratalá V, Bonig-Trigueros I, Palazón-Bru A, Esteban-Giner MJ, Gil-Guillén VF, Giner-Galvañ V. Clinical inertia in hypertension: a new holistic and practical concept within the cardiovascular continuum and clinical care process. *Blood Press [Internet].* 2019;28(4):217–28. Available from: <https://doi.org/10.1080/08037051.2019.1608134>
  33. Shawahna R, Odeh M, Jawabreh M. Factors Promoting Clinical Inertia in Caring for Patients with Dyslipidemia: A Consensual Study Among Clinicians who Provide Healthcare to Patients with Dyslipidemia. *J Natl Med Assoc [Internet].* 2019;111(1):18–27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2018.04.002>
  34. Roa L, Monreal M, Carmona JA, Aguilar E, Coll R, Suárez C. Inercia terapéutica en prevención secundaria de enfermedad cardiovascular. Registro FRENA. *Med Clin (Barc).* 2010;134(2):57–63.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
Frecuencia de inercia clínica y factores asociados en pacientes con cardiopatía isquémica en el Hospital II Vitarte en Lima, Perú	¿Qué factores están asociados a la inercia clínica en pacientes con Cardiopatía Coronaria, atendidos en el Hospital II Vitarte durante el periodo de julio de 2019 y diciembre de 2019?	<b>Objetivo general</b> Identificar los factores que están asociados a inercia clínica en pacientes con Cardiopatía Coronaria atendidos en el Hospital II Vitarte entre julio de 2019 y diciembre de 2019.	<b>Hipótesis general</b> H1. Si los adultos tienen más de 75 años, más de 2 comorbilidades, uso 5 o más medicamentos simultáneamente, sentirse bien, tienen mala adherencia; entonces se produce la inercia clínica en los pacientes con Cardiopatía coronaria atendidos en el Hospital II Vitarte.	Estudio caso-control de tipo retrospectivo	Pacientes con diagnóstico de cardiopatía isquémica que acuden a la consulta diaria en los servicios de Medicina Interna y Cardiología en el Hospital II Vitarte entre julio del 2019 y diciembre de 2019. El procesamiento de la información se realizará a través del paquete estadístico STATA ©2013 StataCorp LP.	Ficha de recolección de datos (paciente)  Ficha de recolección de datos (médico)
		<b>Objetivos específicos</b> Cuantificar la frecuencia de la inercia terapéutica en pacientes con Cardiopatía Coronaria en el Hospital II Vitarte. Correlacionar la inercia terapéutica con los principales objetivos terapéuticos de HbA1C, presión arterial y	<b>Hipótesis específicas</b> H2. Si médicos tienen tiempo insuficiente para cada paciente, miedo a efectos adversos, pocas habilidades para inicio de insulina, niveles de HbA1C muy altos; entonces se genera la inercia clínica en los pacientes con Cardiopatía Coronaria atendidos en el Hospital II Vitarte. H3. En todo paciente con			

		nivel de c- LDL en pacientes con Cardiopatía Isquémica en el Hospital II Vitarte. Determinar la distribución de los factores asociados a IC según profesional de salud, paciente o sistema de salud en pacientes con Cardiopatía Isquémica en el Hospital II Vitarte.	Cardiopatía coronaria que no alcanza los objetivos terapéuticos de HbA1C, presión arterial y nivel de c-LDL se produce la inercia terapéutica.			
--	--	---	---	--	--	--



## 2. Instrumento de recolección de datos (Pacientes)

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### Nº Identificación:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Peso:                      Talla:                      IMC:
4. ¿Qué enfermedades tiene Ud.?
  
5. Nivel de HbA1C (más reciente):
6. Nivel de PA (más reciente):
7. Nivel de c-LDL (más reciente):
8. Medicación habitual (prescrita posterior a resultados de laboratorio):
  
9. Cálculo del riesgo cardiovascular (Tablas SCORE):
10. Consumo de tabaco: No                      Si, cantidad/frecuencia:
11. Consumo de alcohol: No                      Si, cantidad/frecuencia:
12. ¿Se considera Ud. sedentario? Si    No
13. Qué tipo de actividad física realiza:
14. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?
15. Evaluación de adherencia terapéutica:
  - ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
  - ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
  - Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
  - Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?
16. Recogió la prescripción indicada en los últimos 3 meses (verificar en el sistema): Si                      No
17. ¿Ha tenido algún inconveniente con la medicación actual?

---

Investigador

Fecha y hora: .....

### 3. Instrumento de recolección de datos (Médico)

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### Nº Identificación:

1. Edad:
2. Sexo:
3. Tiempo de ejercicio de especialidad:
4. Duración de consulta por paciente:
5. ¿Ha realizado alguna capacitación y/o actualización en el último año?  
Si            No
6. ¿En cuántos cursos formativos o congresos ha participado en los últimos 2 años?
7. ¿Qué guías utiliza para el alcance de objetivos terapéuticos de HbA1C en sus pacientes?
8. ¿Qué guías utiliza para el alcance de objetivos terapéuticos de c-LDL en sus pacientes?
9. ¿Qué guías utiliza para el alcance de objetivos terapéuticos de PA en sus pacientes?
10. ¿Qué dificultades tiene para iniciar el uso de Insulina en sus pacientes?

\_\_\_\_\_  
Investigador

Fecha y hora: .....

#### 4. Declaración jurada de confidencialidad

Yo, ....., identificado con  
DNI N° ..... CMP..... Especialidad.....  
Procedencia.....

Me presento con mi proyecto de investigación titulado: Frecuencia de Inercia Clínica y factores asociados en pacientes con Cardiopatía Isquémica en el Hospital II Vitarte en Lima, Perú, el cual tiene por objetivo identificar los factores asociados a la Inercia clínica en nuestro medio.

Declaro, no tener conflicto de intereses y que los datos brindados por el participante se mantendrán de forma anónima, confidencial y solo se utilizarán para el objetivo indicado en esta investigación.

Sin más que detallar.

\_\_\_\_\_  
Investigador

Fecha y hora: .....

## 5. Consentimiento informado

### HOSPITAL II VITARTE

Fecha: .....

Yo,..... Con DNI N°.....  
declaro haber leído y comprendido el objetivo de la investigación y sus riesgos.  
Por otro lado, que el médico.....,  
CMP N°..... ha explicado de manera clara y adecuada los objetivos de  
este estudio; así como la confidencialidad e intimidad de la información  
suministrada por mi persona.

\_\_\_\_\_  
Paciente  
DNI N°.....

\_\_\_\_\_  
Médico  
CMP N°.....