

La práctica clínica sobre cumplimiento a través de un caso clínico.

Emilio Márquez Contreras

Centro de Salud la Orden,
Huelva, España

GRUPO CUMPLIMIENTO SEH-LELLHA

Exposición de un Caso Clínico:

Anamnesis: A nuestra unidad de hipertensión acude una paciente hipertensa, ama de casa y de 64 años, remitida por el médico de familia por presentar cifras elevadas de presión arterial (PA) en las últimas tres visitas a su consulta, a pesar de estar en tratamiento con tres fármacos antihipertensivos y haber realizado en este tiempo una intervención fomentando las medidas higiénico dietéticas y aconsejándole un correcto cumplimiento. La paciente está asintomática.

Antecedentes familiares: Padre hipertenso.

Antecedentes personales: Hipertensión arterial (HTA) fase I y grupo de riesgo C, conocida desde hace 4 años. La paciente presenta no presenta otros factores de riesgo vascular conocidos, no fuma y no consume alcohol. Según refiere realiza las medidas higiénico dietéticas recomendadas por su enfermera. La paciente sigue tratamiento con Valsartan 160 mg, clortalidona 50 mg y amlodipino 5 mg diariamente, al levantarse.

Exploración física: La exploración general es normal. Presenta un IMC de 27,1. La PA media de tres determinaciones efectuadas en consulta fue de 154/104 mmHg. Su pulso era rítmico y la frecuencia cardíaca de 78 latidos/minuto. La exploración de cabeza y cuello no presentaba soplos, bocio o adenopatías. Se palpaba un latido de la punta cardíaca en la línea medioclavicular. La auscultación pulmonar y cardíaca era normal con un corazón rítmico, ausencia de soplos o cualquier otro tono sobreañadido. En abdomen no había masas ni soplos. Los pulsos periféricos estaban presentes y simétricos.

Exploraciones complementarias: Se practicó una analítica que incluyó la determinación de glucosa, colesterol total, triglicéridos, cHDL, cLDL, creatinina, urea, GPT, sodio, potasio, úrico, fibrinógeno, hemograma, sedimento, proteínas, catecolaminas y cortisol en orina de 24 horas, T4 y TSH. No hubo datos significativos en los resultados, siendo el colesterol total de 220 mg/dl, triglicéridos de 109 mg/dl, cHDL de 68 y cLDL de 130 mg/dl. La determinación de microalbuminuria fue negativa.

El ECG reveló un ritmo sinusal a 76 latidos/minuto, con signos de aumento del voltaje, con criterios de HVI (criterios de Cornell y Sokolow) y ausencia de signos isquémicos. El fondo de ojo ofrecía hallazgos compatible con retinopatía hipertensiva grado 1.

Una radiografía de tórax y ecografía urológica y suprarrenal no ofrecieron datos patológicos significativos. En la ecocardiografía realizada se observó una hipertrofia concéntrica, con un índice de masa ventricular izquierda de 138 g/m^2 y una fracción de eyección normal, no observándose otros hallazgos patológicos.

Nuevas mediciones de PA en la consulta médica presentaron cifras superiores a 150/100 mmHg. Juicio clínico: Con los hallazgos descritos se puede concluir que se trata de una paciente con una HTA no controlada y lesión de órganos diana (HVI y retinopatía hipertensiva).

Se hizo el diagnóstico diferencial de las posibles causas de una HTA no controlada contestando a las siguientes cuestiones:

- 1.- ¿Se han seguido en esta paciente los protocolos de tratamiento de la HTA?.

- 2.- ¿Existe alguna circunstancia que dificulte la acción de los fármacos antihipertensivos?.

- 3.- ¿Se ha mantenido el suficiente tiempo?.

- 4.- ¿Los antihipertensivos utilizados controlan eficazmente la HTA de la paciente?.

- 5.- ¿Presenta una HTA secundaria?.

- 6.- ¿Padece la paciente un fenómeno de bata blanca?.

Tras descartar las causas anteriores con la valoración de la Anamnesis, exploración, pruebas citadas y otras nuevas, se llegó al juicio clínico siguiente:

"La paciente podría presentar incumplimiento del tratamiento antihipertensivo, siendo esta la causa del escaso control de la HTA". Por ello, se procedió al estudio del incumplimiento.

Medición del cumplimiento: Para evaluar el cumplimiento terapéutico se realizó el test de cumplimiento autocomunicado de Haynes-Sackett. Este test consta de dos frases, en la primera se refiere a la paciente que "la mayoría de los hipertensos, por una u otra razón tienen dificultades para tomar todas sus pastillas diariamente", esta frase se realiza con el ánimo de relajar la conversación y evitar el ser acusado. Posteriormente se le interroga con la siguiente frase ¿Tiene usted dificultad en tomar todos los suyos?. Nuestra paciente contestó que no tenía dificultades y que tomaba diariamente la medicación, sin dejarlos de tomar ningún día.

Aunque la paciente manifestaba su buen cumplimiento, seguíamos sospechando el incumplimiento ante la falta de control actual de su HTA. Para su valoración se procedió a realizar el recuento de comprimidos. Este método indirecto es el método reconocido de certeza por todos los autores y está validado. Conociendo la fecha del inicio del tratamiento (apertura del envase) o comprimidos que posee el paciente pueden calcularse los comprimidos supuestamente tomados y el porcentaje que representa respecto a los prescritos. Así, puede calcularse el porcentaje de cumplimiento terapéutico (PC), según la fórmula:

$$PC = \frac{\text{N}^{\circ} \text{ total de comprimidos presumiblemente consumidos}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de comprimidos que debía haber consumido.}} \times 100$$

Según el PC se clasifican en buenos cumplidores cuando su PC está entre 90-100%, hipocumplidores cuyo PC es < 90% e hipercumplidores con PC > 100%. Para calcularlo se le indicó a la paciente que nos trajese todos los comprimidos que estaba tomando actualmente y que tuviese en su domicilio, incluyendo los blisters vacíos o no. Se anotó la fecha, el número de comprimidos que tenía en su poder y el número de comprimidos que se lleva recetados. La paciente tenía en su poder 30 comprimidos de Valsartan, 34 de Amlodipino y 44 de clortalidona. Se le indicó que los volviera a traer en la próxima visita. A los 30 días acudió de nuevo a consulta, en ella se anotó el número de comprimidos que traía (Comprimidos que le han sobrado), observándose que aportaba 8 de Valsartan, 13 de Amlodipino y 20 de clortalidona. Se calculó que los comprimidos que debería haber tomado desde la visita anterior fue de 30 comprimidos de cada antihipertensivo (comprimidos prescritos al día, es decir 1 al día, por el número de días transcurridos, es decir 30 días). Después se calcularon los comprimidos consumidos (restando a los comprimidos que se llevó el paciente en la visita anterior los comprimidos que le han sobrado), resultando que ha tomado 22 de Valsartan, 21 de Amlodipino y 24 de clortalidona. Finalmente se calculó el PC, siendo respectivamente de 73,3 %, 70 % y 80 %, siendo el PC global del 74,4 %. Se puede observar que la paciente era incumplidora y su incumplimiento es muy probablemente la causa del mal control de su HTA.

Una vez diagnosticado el incumplimiento se le comunicó a la paciente, pero esta se reafirmaba en su correcto cumplimiento, por otra parte habitual observarlo en la práctica clínica, y refería que probablemente hubieramos tenido un error en el conteo de pastillas. La contundencia de sus afirmaciones nos hizo dudar de nuestros datos y se decidió estudiar el cumplimiento de la paciente mediante la monitorización con monitores electrónicos de medicación (MEMS-AARDEX Ltd-Suiza). Para ello se le proporcionaron tres MEMS introduciéndose en el, los comprimidos de cada uno de los antihipertensivos y se le citó para valorar el cumplimiento de cada uno de los tres fármacos al mes. Los MEMS, constan de un contenedor de diferentes tamaños, dónde se introducen los comprimidos a investigar y un tapón que contiene un chip incorporado, el cual en el momento de abrirse para tomar la medicación diariamente registra la hora y fecha de su apertura, asumiéndose que el paciente toma la medicación. Posteriormente la información es procesada en un programa informático por ordenador. Este método ofrece mayor validación que el simple recuento de comprimidos y respecto a este, nos da la seguridad de que si el paciente no abre el tapón es seguro que no ha tomado la medicación. De esta forma, se le indicó a la paciente que abriese el tapón de cada MEMS diariamente y tomase la medicación en el momento de abrirlo y que fuese al levantarse o al menos entre las 8 y 9 de la mañana.

A los 30 días la presión arterial media era de 154-102. Se realizó el análisis informático de la información contenida en los MEMS. En la figura 2 y 3 se presentan datos de la información contenida en el MEMS sobre el comprimido del Amlodipino.

Febrero-Marzo 2003							
Día 0	Lunes	Martes	Miercol	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
					1	2	3
					1	1	1
	4	5	6	7	8	9	10
	1	1	1	0	0	2	1
	11	12	13	14	15	16	17
	0	1	0	1	0	0	0
	18	19	20	21	22	23	24
1	0	2	0	1	1	0	
25	26	27	28	1	2		
1	1	1	0	1	1		

Figura 2: Distribución diaria del cumplimiento del calcioantagonista medido mediante el monitor electrónico para control de medicación (MEMS) durante 30 días, describiéndose el número de comprimidos tomados cada día.

Hs Di	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
1			*																
2			*																
3			*																
4			*	X	X	X													
5			*	X	X	X					*								
6			*	*	*	*													
7			X	X	X	X													
8			X	X	X	X													
9			*	*	X	X													
10			X	X	X	X													
11			*	X	X	X												*	
12			X	X	X	X		*											
13			X	*	X	*													
14			X	X	X	X													
15			X	X	X	X													
16			X	X	*	X		*											
17			X	X	X	X													
18			*	*		X													
19			X	*		*													
20				X															
21			*																
22			X																
23			*																
24																			
25																			
26																			
27																			
28																			
1																			
2																			

Figura 3: Distribución horaria del cumplimiento del calcioantagonista medido mediante el monitor electrónico para control de medicación (MEMS) durante 30 días, describiéndose las horas en las cuales toma el antihipertensivo.

Se ha monitorizado el cumplimiento en dosis de 5 mg diario, con efecto de 24 horas y en horario entre las 8 y 9 horas, durante 30 días. El número de dosis tomada fue de 21, por consiguiente un porcentaje de cumplimiento del 70 % de las prescritas. Sin embargo, la cobertura terapéutica del antihipertensivo es inferior, ya que hubo 2 días que tomó dos comprimidos, por consiguiente el porcentaje de días correctos que tomó la medicación fue del 63,3 % de ellos, siendo el intervalo de tiempo entre dosis tomadas más corto de 7,5 horas y el más largo de 96 horas. La cobertura terapéutica suponiendo un efecto de 24 horas del antihipertensivo fue del 59 % de las horas de los últimos 30 días, por consiguiente la paciente estuvo el 41 % del tiempo sometido a un mayor riesgo vascular al carecer de efecto antihipertensivo farmacológico.

Analizando la distribución del cumplimiento por días (Figura 2), se observa un mejor cumplimiento tras la visita inicial y los días previos a la nueva visita, con un cumplimiento diario, denominándose a este efecto como cumplimiento de bata blanca, observándose un peor cumplimiento en los días centrales del mes. Asimismo se observa como coincidiendo con un fin de semana la paciente no toma la medicación, efecto conocido como vacaciones farmacológicas.

Al valorar el horario de la toma de la medicación (Figura 3), se observa que sólo 11 días, el 36,6,1 % de los días, toma la medicación en el horario recomendado (8-9 horas). Destaca como hay dos días que toma dos comprimidos y algunos días toma la medicación al mediodía o por la noche. Probablemente estos horarios se deben a olvidos en la toma de la mañana y decide tomarlo a estas horas al recordar que no los ha tomado.

Conociendo las formas de incumplimiento: Tras el análisis de los resultados del MEMS se observa que nuestra paciente es incumplidora y que presenta diferentes patrones de incumplimiento. Presenta los fenómenos de cumplimiento de bata blanca y vacaciones farmacológicas, incumplimiento por omisión de dosis, incumplimiento de horario aconsejado e incumplimiento por dosificación excesiva (dos días dosis doble), siendo en general sus tomas totalmente variables y sin relación con las recomendaciones prescritas.

Se le demostró a la paciente su incumplimiento, aceptando finalmente que a veces no tomaba la medicación.

Buscando las causas del incumplimiento: Tras una entrevista clínica se pudo comprobar que la paciente tenía problemas familiares. Su marido tenía artrosis en una cadera que dificultaba su deambulación y ella tenía que realizar la mayor parte de las actividades habituales de una familia, además tenía una hija casada con dificultades económicas porque estaban sin trabajo. Esta situación le ocasionaba una depresión. A consecuencia de ella, estaba desmotivada por su propia vida y le producía olvidos en la toma de la medicación, a diario olvidaba una o más pastillas y se las tomaba cuando se acordaba con otras comidas. Había perdido el interés por su control y no se controlaba su presión arterial. La paciente no conocía el riesgo que tenía en función de las lesiones de órganos diana que padecía y no conocía cual era el objetivo de control de sus cifras de presión arterial.

Intervención: En nuestra paciente se realizaron diferentes intervenciones:

- 1.- Se actuó sobre la barrera de la falta de conocimientos sobre la HTA y el tratamiento prescrito, explicándole de forma oral la naturaleza de la HTA y su riesgo cardiovascular, la importancia del buen cumplimiento, y se le dio material escrito informando de forma amplia sobre la HTA. Se le dio un documento escrito dónde constaba: que era hipertensa, el nombre de los antihipertensivos a tomar, el número de dosis diarias y su horario, su duración, si debe tomarlo con comidas o con otros medicamentos, interacciones y efectos adversos más frecuentes con cada uno de ellos.

2.- Sobre la barrera de los olvidos se actuó proporcionándole una tarjeta de control de las cifras de PA, dónde se le anotan las PA obtenidas en cada revisión y dónde se le marcaron los objetivos de cifras de presión arterial a conseguir. En esta tarjeta se le recordaba el día de la próxima cita. Se le dio una hoja para que marcara con una cruz su autocumplimiento diario de la medicación.

3.- Desde el punto de vista sociosanitario se actuó prestándole un monitor para AMPA para controlar su PA en su domicilio durante un mes. Se le recomendó paseos diarios y restricción de sal. Se citó a su hija y a su marido con el fin de tratar la disfunción familiar y fomentar el cumplimiento de la paciente con un apoyo sociofamiliar. Se proyectó tratamiento quirúrgico para la gonartrosis de su marido. Se inició tratamiento antidepressivo con Fluoxetina 20 mg/diario. Se le mantuvo el tratamiento con amlodipino y se modificó el tratamiento utilizando el ARA II y un diurético en combinación en monoterapia, con el objetivo de tomar 2 comprimidos en vez de tres.

Tras un seguimiento de tres meses la paciente había mejorado en su estado de ánimo y tenía su PA bien controlada. El recuento de comprimidos realizado ofreció un porcentaje de cumplimiento de 98 %.