

LA INTERVENCIÓN DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO Y MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA MEJORA LA ADHERENCIA INVOLUNTARIA Y DISMINUYE LOS NIVELES DE COLESTEROL TOTAL. ESTUDIO ADTRA-LIP.



Ainhoa Oñatibia-Astibia (1), Amaia Malet-Larrea (1), Belen Larrañaga (1), Miguel Ángel Gastelurrutia (2), Begoña Calvo (3), Dulce Ramirez (4), Ignacio Cantero (4), Ángel Garay (1), Estibaliz Goyenechea (1)

(1) Colegio Oficial de Farmacéuticos de Gipuzkoa, Donostia/San Sebastián; (2) Grupo de Investigación de Atención Farmacéutica, Universidad de Granada; (3) Departamento de Área de Farmacia y Tecnología Farmacéutica, Facultad de Farmacia de la Universidad del País Vasco, Vitoria/Gasteiz, Alava; (4) Observatorio adherencia al tratamiento Observatorio de Adherencia al Tratamiento, Madrid. Estudio patrocinado por TEVA Pharma S.L.

INTRODUCCIÓN

La falta de adherencia al tratamiento farmacológico es un problema prevalente y relevante en la práctica clínica, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas donde se alcanzan valores cercanos al 50%. Las acciones dirigidas a aumentar la adherencia al tratamiento han demostrado mejorar el control de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la intervención del farmacéutico comunitario (FC) y médico de atención primaria (MAP) en la adherencia al tratamiento con estatinas y en los niveles de colesterol total.

MATERIAL Y MÉTODOS

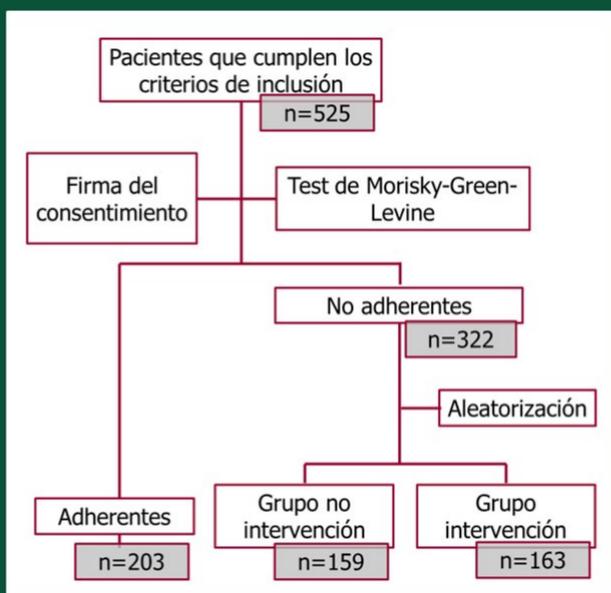


Figura 1: Representación gráfica de los 3 brazos del estudio y proceso de formación de los grupos.

Estudio prospectivo y multicéntrico donde se reclutaron 525 pacientes en tratamiento con estatinas y se clasificaron como: adherentes (n=203) y no adherentes (n=322). Los pacientes no adherentes se clasificaron aleatoriamente en no adherentes con intervención (INT) (n=163) y no adherentes sin intervención (NOINT) (n=159) (Figura 1).

La intervención del FC y MAP se basó en detectar la causa de la no adherencia y proponer estrategias para conseguir mejorar la adherencia al tratamiento del paciente. Los pacientes del grupo no intervención recibieron la atención habitual. La adherencia al tratamiento se evaluó mediante el test de Morisky-Green-Levine y el nivel de colesterol total se empleó como medida de resultado clínico. Las causas de la no-adherencia se clasificaron en voluntarias e involuntarias. Dentro de las causas voluntarias se establecieron diferentes subgrupos: formativas, estructurales, relacionadas con el medicamento, psicológicas y económicas.

RESULTADOS

La adherencia al tratamiento con estatinas transcurridos los 6 meses fue 2,14 veces mayor en el grupo intervención en comparación con el grupo NOINT (IC95%: 1,22–3,74; $p=0,007$), siendo esta diferencia mayor en el grupo de FC (OR=3,97; IC95%: 1,40–11,30; $p=0,010$) respecto al grupo de MAP (FC: MAP: OR=1,45; IC95%: 0,71–2,99; $p=0,310$). Dentro del grupo INT, el 73,8% de los pacientes con no-adherencia involuntaria terminaron el estudio siendo adherentes, frente al 53,2% de los pacientes con no-adherencia voluntaria ($p=0,030$) (Figura 2). Los pacientes del grupo INT (-12,6mg/dl, $p=0,028$;) obtuvieron mayores descensos de colesterol total que los pacientes del grupo NOINT (-8,9mg/dl, $p=0,127$).

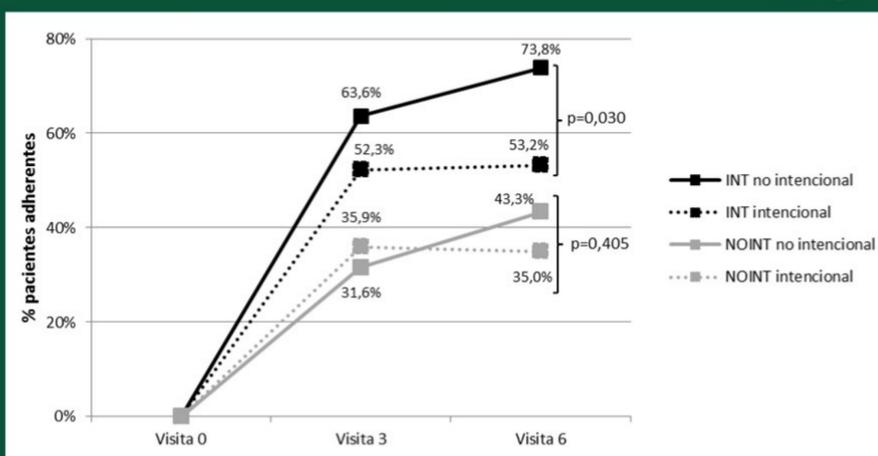


Figura 2: Variación de la adherencia a las estatinas en pacientes no adherentes al inicio del estudio, en función de la intencionalidad y la intervención. INT: Grupo intervención; NOINT: Grupo no intervención.

CONCLUSIÓN

La intervención del farmacéutico comunitario y médico de atención primaria mejora la adherencia al tratamiento con estatinas y se ve acompañada de una disminución en los niveles de colesterol total en sangre. Esta adherencia es mayor cuando la causa de la no adherencia es involuntaria.

AGRADECIMIENTOS: Farmacéuticos comunitarios y médicos de atención primaria participantes y pacientes que voluntariamente participaron en el estudio.