

Cooperación médico-farmacéutica en adherencia al tratamiento con estatinas (revisión bibliográfica para la edición de un folleto que ayude a mejorar la adherencia)

Manuel Adell Alegre¹, Vicente Pallarés Carratalá², Manuel Adell Aledón¹

¹Farmacia Adell, ²Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Vigilancia de la Salud, Unión de Mutuas, Castellón. Profesor asociado al Departamento de Medicina. Universitat Jaume I, Castellón.

Objetivos: desarrollar en un formato desplegable breve, de manera práctica y didáctica, un material que irá destinado a médicos de Atención Primaria y Farmacias Comunitarias, sobre el tema de la adherencia, concretamente en pacientes con hipercolesterolemia. Complementar la visión de un médico de Atención Primaria, experto en hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular con la de un farmacéutico comunitario de forma que, la unión de ambas visiones, ayude a otros profesionales a incrementar la adherencia del paciente al tratamiento de la dislipemia. Disminuir la tasa de fracaso del tratamiento con estatinas, mejorando el control lipídico y por tanto reduciendo la morbi-mortalidad. Mejorar la información y la formación, para que se transmita el mismo mensaje a todos los sanitarios implicados: médicos, farmacéuticos, enfermeros, etc. y promover la corresponsabilidad. Animar a informar al paciente dado que la adherencia está ligada al nivel de información al paciente sobre hiperlipemia así como el acuerdo en las decisiones, motivación y estratificación del RCV; y empeora con la falta de información sobre objetivos a lograr^{19,20}.

Metodología: Revisión bibliográfica: Se ha consultado la bibliografía señalada, procediéndose a extraer los puntos de vista más importantes desde la visión médica y farmacéutica y se ha condensado en un texto común de forma que sea práctico y comprensible.

Resultados: Se ha publicado un tríptico con ocho apartados: 1 Un problema importante y complejo: donde se explican las razones de la no adherencia al tratamiento. 2 El control de los lípidos en España: se ofrecen datos de objetivos cumplidos en prevención primaria, secundaria y diabéticos. 3 Las estatinas son el eje primordial en el manejo de los pacientes con este desajuste metabólico: existe un «sesgo de usuario saludable» en la adherencia a estatinas; el paciente adherente tiende a buscar otras prácticas saludables y es más probable que no fume¹⁷. Reducen costes en la atención y disminuyen la morbilidad y mortalidad asociadas a las enfermedades de altos costes sanitarios como el accidente cerebrovascular o el infarto agudo de miocardio¹⁷ luego se describe el modo de acción de la Rosuvastatina. 4 Información y formación adecuadas, y un mensaje consensuado tanto del médico como de la farmacia y enfermería. El refuerzo y los recordatorios tienen una elevada eficacia. 5: Barreras para un mejor control de la dislipemia: incumplimiento e inercia. 6 Desde la oficina de farmacia: se definen las diferentes actuaciones del farmacéutico comunitario que pueden ayudar al aumento de la adherencia al tratamiento. 7 Recomendaciones para mejorar la adherencia desde la consulta médica y 8 Herramientas: se relacionan y explicitan los test de Morisky-Green, Haynes-Sackett y Herrera-Carranza como los más útiles para detectar y mejorar el cumplimiento terapéutico.

Discusión: En nuestro país se estima que el 50% de los pacientes crónicos no son adherentes a los tratamientos prescritos⁸. En Europa, la baja adherencia a los tratamientos tiene, de hecho, implicaciones importantes en los gastos de atención sanitaria, hasta el punto de que se estima que los incrementa en cerca de 80.000 millones de euros al año. La falta de adherencia se ha asociado a una disminución de la calidad y de la esperanza de vida², da lugar a un peor control de la enfermedad e incrementa sus complicaciones, y repercute en un aumento de las consultas, hospitalizaciones y pruebas complementarias, con el consiguiente incremento del gasto sanitario. Por ello es fundamental que se siga una adecuada estrategia de adherencia terapéutica, para asegurar el control de la enfermedad³. Los principales motivos que favorecen la no adhesión al tratamiento son: aversión al consumo de fármacos, negación de la enfermedad o de su importancia, olvidos, incomprensión de las instrucciones de la receta, falta de confianza en la eficacia del fármaco, dificultades físicas (p. ej. de deglución) o limitaciones cognitivas, disminución, fluctuación o desaparición de los síntomas, complejidad del régimen terapéutico o aparición de reacciones adversas⁴.

En las enfermedades cardiovasculares, cuya adhesión al tratamiento por parte de los pacientes españoles que las sufren, se estima en un 52%¹⁰, aumentar en un punto porcentual la adherencia al tratamiento de las mismas, supondría 1291 muertes menos y permitiría evitar 1108 eventos cardiovasculares. Si la mejora de la adherencia fuera de diez puntos, se llegarían a evitar más de 8700 muertes y hasta 7650 eventos cardiovasculares, con un gasto sanitario directo evitable de 75 millones de euros. La tasa de fracaso en el mantenimiento de la terapia con estatinas (durante 12 meses tras el inicio) es alta, incluso tras eventos coronarios agudos, y se asocian con tasas más altas de mortalidad a largo plazo tras IAM y en la Enfermedad Coronaria en general.

Conclusión: El control de los lípidos y el uso de tratamientos como las estatinas cuando están indicados, son clave según todas las Guías de Práctica Clínica. La situación actual de la consecución de objetivos lipídicos en España es muy escasa. Resultados de diferentes estudios¹⁻⁴ muestran que solo el 31% de pacientes en prevención primaria están en objetivos, el 61,4% de pacientes diabéticos alcanza objetivos de c-LDL <100mg/dl; y, en prevención secundaria, hasta un 86% de pacientes con enfermedad coronaria no alcanza el objetivo de <70 mg/dl. La falta de adherencia es el principal motivo de la falta de consecución de los objetivos en dislipemia en nuestro país, con las consecuencias que esto conlleva. Recomendaciones para mejorar la adherencia^{19,20}:

- 1) Promover la corresponsabilidad
- 2) Paciente adecuadamente informado y formado
- 3) Ayudar al paciente a generar su lista de objetivos
- 4) Planificar el seguimiento
- 5) Recordatorios (m-Health,...)
- 6) Herramientas educativas: hay que aprender a prescribir webs fiables (Pacientes Semergen, MIMOCARDIO,...)
- 7) SPD, el sistema de dosificación con recuento de comprimidos, MEMS,....
- 8) El médico, el farmacéutico como ejemplos de salud hacia los pacientes²¹.

Bibliografía:

- 1.- Expert Panel on Detection and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA. 2001;285: 2486-97.
- 2.- Grundy SM, Cleeman JI, Merz CN, Brewer Jr HB, Clark LT, Hunninghake DB, et al., Coordinating Committee of the National Cholesterol Education Program. Implications of recent clinical trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2004;44:720-32.
- 3.- Stone NJ, Robinson J, Lichtenstein AJ, Merz NB, Lloyd-Jones DM, Blum CD. 2013 ACC/AHA Guideline on the Treatment of Blood Cholesterol to Reduce Atherosclerotic Cardiovascular Risk in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol., 63 (2014), pp. 2889-2934
- 4.- Galve E., Gujarró-Herraiz C, Masana-Marin L, Cordero-Fort A. Consenso sobre los objetivos y pautas de actuación en el control del colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular. Clin Invest Arterioscl 2016;28:31-42
- 5.- Pittman DG, Fenton C, Chen W, Haffner S, Pendergrass M. Relation of statin nonadherence and treatment intensification. The American journal of cardiology. 2012;110(10):1459-63.
- 6.- Rasmussen JN, Chong A, Alter DA. Relationship between adherence to evidence-based pharmacotherapy and long-term mortality after acute myocardial infarction. JAMA. 2007;297(2):177-86.
- 7.- Lemstra M, Blackburn D, Crawley A, Fung R. Proportion and risk indicators of nonadherence to statin therapy: a meta-analysis. The Canadian journal of cardiology. 2012;28(5):574-80.
- 8.- Warren JR, Falster MO, Fox D, Jorm L. Factors influencing adherence in long-term use of statins. Pharmacoepidemiology and drug safety. 2013;22(12):1298-307.
- 9.- Schedlbauer A, Davies P, Fahey T. Interventions to improve adherence to lipid lowering medication. The Cochrane database of systematic reviews. 2010;(3):CD004371 Epub 2010/03/20.
- 10.- Brookhart MA, Patrick AR, Schneeweiss S, Avorn J, Dormuth C, Shrank W, et al. Physician follow-up and provider continuity are associated with long-term medication adherence: a study of the dynamics of statin use. Archives of internal medicine. 2007;167(8):847-52.
- 11.- Brookhart MA, Patrick AR, Dormuth C, Avorn J, Shrank W, Cadarette SM, et al. Adherence to lipid-lowering therapy and the use of preventive health services: an investigation of the healthy user effect. American journal of epidemiology. 2007;166(3):348-54.
- 12.- Nyweide DJ, Anthony DL, Bynum JP, Strawderman RL, Weeks WB, Casalino LP, et al. Continuity of care and the risk of preventable hospitalization in older adults. JAMA internal medicine. 2013;173(20):1879-85. Epub 2013/09/18.
- 13.- Hansen RA, Voils CI, Farley JF, Powers BJ, Sanders LL, Sleath B, et al. Prescriber continuity and medication adherence for complex patients. The Annals of pharmacotherapy. 2015;49(3):293-302
- 14.- Qing Wu. Association of Continuity of Primary Care and Statin Adherence. PLoS One. 2015; 10(10): e0140008.
- 15.- Choudhry NK, Krumme AA, Ercole PM, Girdish C, Tong AY, Khan NF, et al. Effect of Reminder Devices on Medication Adherence: The REMIND Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med. 2017. PMID:28241271
- 16.- Traylor AH, Schmittiel JA, Uratsu CS, Mangione CM, Subramanian U. Adherence to Cardiovascular Disease Medications: Does Patient-Provider Race/Ethnicity and Language Concordance Matter? J Gen Intern Med. 2010;25(11):1172-7.
- 17.- DeGorter MK, Tirona RG, Schwarz UI, Choi YH, Dresser GK, Suskin N, et al. Clinical and pharmacogenetic predictors of circulating atorvastatin and rosuvastatin concentrations in routine clinical care. Circ Cardiovasc Genet. 2013;6(4):400-8.
- 18.- Elshourbagy NA, Meyers HV, Abdel-Meguid SS. Cholesterol: the good, the bad, and the ugly - therapeutic targets for the treatment of dyslipidemia. Med Princ Pract 2013;23:99-111.
- 19.- Carratala-Munuera C, Gil-Guillen V, Orozco-Beltran D, Maiques-Galan A, Lago-Deibe A, Lobos-Bejarano JM, Brotons-Cuixart C, Martín-Rioboo E, F Alvarez-Guisasola A Lopez-Pineda. Barriers to improved dyslipidemia control: Delphi survey of a multidisciplinary panel. Family Practice 2015; 32:672-680.
- 20.- Ference BA, Ginsberg HN, Graham I, Ray KK, Packard CJ, Bruckert E, et al. Low-density lipoproteins cause atherosclerotic cardiovascular disease. Evidence from genetic, epidemiologic, and clinical studies. A consensus statement from the European Atherosclerosis Society Consensus Panel, European Heart Journal, 2017;38:2459-2472
- 21.- Puhl RM, Gold JA, Luedicke J, DePierre JA. The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. Intern J Obes 2013;37:1415-1421
- 22.- Canon CP, Khan I, Klimchack AC, Reynolds MR, Sanchez RJ, Sasiela WJ. Simulation of lipid-lowering therapy intensification in a population with atherosclerotic cardiovascular disease. JAMA Cardiol 2017;2:959-966.
- 23.- Rodríguez MA, García E, Amariles P, Rodríguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria 2008;40:413-418.