

Millora del compliment terapèutic: una bona forma d'iniciar la coordinació amb les oficines de farmàcia

Introducció

Els professionals d'atenció primària tractem diàriament milers de persones que, en la majoria dels casos, requereixen de la participació d'un altre professional sanitari: el farmacèutic comunitari. Aquest, amb els auxiliars de farmàcia, s'encarreguen clàssicament de la dispensació de la recepta que prescriu el metge, però a la vegada poden participar en la promoció de la salut i en les activitats d'educació sanitària de la població.

Un dels problemes de salut més importants de la nostra societat és l'incompliment terapèutic farmacològic¹; per tal de disminuir la repercussió que suposa, la participació de tots els agents de salut és imprescindible. L'incompliment a Espanya oscil·la entre el 16,7 i el 66,2%¹. Sabem que l'incompliment terapèutic genera la no consecució d'objectius terapèutics², increment de dosi o nombre de fàrmacs, augment dels ingressos hospitalaris, augment de la morbiditat³, en definitiva, reducció de l'eficiència sanitària². Així, la millora del compliment hauria de reduir els costos sanitaris i millorar el control de la malaltia.

Hi ha molts factors que influeixen en el compliment farmacològic (taula 1). L'absència de coneixements sobre la malaltia, la polifarmàcia o les pautes de dosificació complexes, les creences i pors dels pacients i l'escàs suport social, familiar i sanitari poden afectar al compliment terapèutic¹.

Taula 1. Causes d'incompliment

Coneixements i actituds enfront la malaltia i el tractament	Creences errònies, desconeixement, actitud davant efectes adversos
Horari de la presa del fàrmac	Oblit de dosis, complexitat prescripció, nombre de fàrmacs
Efectes adversos	Presència i por a la seva aparició, actitud davant els efectes adversos
Suport social, familiar i sanitari	Escàs suport social i familiar
Decisió del pacient	Opinió del metge, pròpia, creences, i situació personal i familiar

D'altra banda, l'elevada prevalença de malalties cròniques com ara la hipertensió arterial (HTA) i la diabetes mellitus (DM), la seva insidiosa evolució, i la gran quantitat de recursos sanitaris que destinen al seu control, fan que sigui important prioritzar mesures que en millorin el compliment terapèutic. Pel que fa a l'HTA, es parla d'un incompliment proper al 40%⁴, i aquest s'incrementa en relació al nombre de fàrmacs utilitzats⁵. Els millors mètodes per optimitzar el compliment es basen a combinar diferents estratègies educacionals¹ (taula 2).

Taula 2. Estratègies per millorar el compliment amb eficàcia demostrada a assajos clínics*

Educació sanitària individual sobre coneixements de la malaltia i tractament i consells escrits sobre el compliment
Sessió grupal inicial d'educació sanitària i recordatori postal periòdic
Quatre a sis sessions grupals d'educació sanitària sobre malaltia i tractament
Recordatoris postals de prendre la medicació
Trucades telefòniques com a recordatori
Educació sanitària amb sessions grupals, materials escrits i incentius econòmics
Atenció sanitària al lloc de treball, medicació horària personalitzada, automonitoratge de la malaltia, recompenses pel bon compliment i control de la malaltia
Utilització de fàrmacs en unidosi
Intervenció familiar

*Modificada de Marquez E, Casado JJ, Marquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico

Per aquests motius, i després de conèixer l'existència d'oficines de farmàcia de la ciutat que disposaven del sistema personalitzat de dosificació (SPD), ens vam posar en contacte i vam dissenyar el següent estudi, els objectius del qual són:

1. Avaluar la millora del control metabòlic de diabètics tipus II i les xifres tensionals d'hipertensos, i la millora de compliment farmacològic en pacients mal controlats majors de 64 anys, a partir de tres estratègies d'educació sanitària (educació sanitària estàndard, recordatori escrit del tractament i SPD).
2. Conèixer el grau de satisfacció dels pacients davant l'aplicació de les diferents mesures d'educació sanitària.

Mètodes

Es va realitzar una cerca al web del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona, sobre quines farmàcies de la ciutat de Santa Coloma de Gramenet disposaven d'SPD. Així, es va realitzar una primera reunió de coordinació on es va convidar els quatre farmacèutics comunitaris a participar en el disseny i desenvolupament de l'estudi, juntament amb professionals de tres ABS, i del SAP Santa Coloma. Per posar en marxa el projecte es va considerar necessari realitzar un programa formatiu sobre educació sanitària en HTA i DM II dirigit a metges, infermeres i farmacèutics. Dos professionals sanitaris externs van donar una formació de 4 hores de durada.

Es va dissenyar un assaig clínic aleatoritzat i controlat, amb una mostra inicial de 180 pacients i una taxa de pèrdues estimada del 10%. La hipòtesi de treball va ser que l'SPD milloraria el control metabòlic i el compliment terapèutic dels diabètics tipus II i les xifres tensionals dels hipertensos majors de 64 anys, i que aquesta millora seria superior a les obtingudes amb l'ús de recordatoris gràfics de la medicació i amb educació sanitària estàndard.

Es van aleatoritzar els pacients en tres grups d'intervenció: educació sanitària estàndard, educació sanitària estàndard més recordatori gràfic del tractament i educació sanitària estàndard amb ús d'SPD (figura 1).

Figura 1. Sistema de dosificació personalitzada



Els criteris d'inclusió van ser edat > 64 anys, pacients amb DM II i/o HTA amb mal control en les darreres dues visites (definit com HbA1c > 7 i/o TA > 140/90 o 130/85), pacients amb DM II en tractament amb 4 fàrmacs o més, sense modificació del tractament en els 3 mesos previs a la inclusió. En tots els casos es va requerir el consentiment dels pacients a participar a l'estudi.

Com a criteris d'exclusió es van tenir en compte la presència d'analfabetisme funcional, de patologia psiquiàtrica o capacitats mentals limitades greus, el fet de disposar del diagnòstic de HTA o DM II inferior a un any, i pacients sense domicili estable, instucionalitzats o que no poguessin tenir seguiment durant un any.

El desenvolupament de l'estudi comportava un mínim d'una visita trimestral per pacient a la seva ABS de referència i amb el seu metge o infermera de capçalera, i en el cas de pacients inclosos en el grup que utilitzava SPD, la recollida a la farmàcia més propera al seu domicili un cop per setmana. A la taula 3 es detallen les activitats a realitzar durant el període de seguiment. La durada de l'estudi va ser de 12 mesos.

Taula 3. Esquema del desenvolupament de les visites

	Visita 0	Visita 1 (3m)	Visita 2 (6m)	Visita 3 (9m)	Visita 4 (12m)
Metge/infermera	X	X	X	X	
Dades generals	X				
Consentiment	V.captació				
Expl. física gral.	X		X		
Anamnesi	X				
Compl:-Morisky/prof.	X				X
Recompte comp. I	X	X		X	X
Recordatori escrit II	X	X	X	X	X
IMC	X		X		X
Presa TA	X	X	X	X	X
Gluc. capil·lar (DM)	X	X	X	X	X
Analítica	X		X		X
HbA1c	X		X		X
Educació sanitària	X	X	X	X	X
Efectes adversos		X	X	X	X
Càlcul risc CV	X				X
Recordatori telefònic previ avis	X	X	X	X	X
Enquesta de satisfacció			X		X

L'avaluació del compliment es va fer amb la combinació de diferents mètodes: Morisky-Green, Haynes-Sackett, estimació del professional, recompte de comprimits i recollida de blisters buits en els pacients que seguien SPD.

Resultats

El nombre de pacients inclosos fou de 124 (78 dones i 46 homes). El nombre d'abandonaments comunicats va ser del 14,2%, sense trobar diferències significatives entre els tres grups d'intervenció, però només van arribar a la quarta visita el 50% dels inclosos inicialment.

Per grups d'edat, hi destacava que el 66% dels majors de 75 anys eren dones. El 25% dels pacients vivien sols, sent el 78% dones. Pel que fa al nivell cultural, la majoria tenia estudis primaris incomplets o només sabien llegir i escriure (76,6%). El 73,4% dels pacients eren DM II i HTA, només hipertensos el 14,5%, i el 37,9% presentaven síndrome metabòlica (taula 4).

Taula 4. Característiques dels pacients inclosos segons grup d'assignació

	Educació estàndard (ES)	ES+recordatori gràfic	ES +SPD	P
Edat (anys)	66,1	70,1	73,7	ns
Dones	62,8 %	59,1%	72,9%	ns
Viuem sols	24,0 %	26,1%	28,1%	ns
Pacients amb HTA	88,0 %	87,8%	87,1%	ns
Pacients amb DM II	76,0 %	75,7%	70,9%	ns
Pacients amb sind. metabòlica	40,0 %	36,3%	5,5%	ns

El grau de compliment avaluat amb el test de Morisky-Green, el de Haynes-Sackett i amb l'estimació del professional sanitari, va observar l'absència de concordància entre els diferents mètodes, tant en la detecció de bon com de mal compliment. El nivell cultural no va influir en la detecció de bon compliment en cap de les tres tècniques.

Pel que fa a l'evolució de les xifres de TA, la millora es va produir en el 55,8% dels casos. D'aquests, es va observar una millora significativa en els que van utilitzar educació sanitària més SPD, enfront als altres dos grups. En el cas dels diabètics, es va produir una millora de la HbA1c en el 54,2% dels casos, sense poder trobar diferències significatives entre les tres estratègies d'educació sanitària (taula 5).

Taula 5. Resultats

	Educació estàndard (ES)	ES+recordatori gràfic	ES +SPD	P	
HTA	Millora xifres TA als 12 mesos	53,3%	38,8%	73,7%	<0,05
	Millora xifres TA als 12 mesos, en els pacients que viuen sols	22,2%	22,2%	55,6%	<0,05
DM-II	Millora HbA1c als 12 mesos	57,7%	50,0%	52,9%	ns
	Millora HbA1c als 12 mesos, en els pacients que viuen sols	22,2%	33,3%	44,5%	ns

Discussió

Els diferents agents de salut tenim la responsabilitat d'ajudar el pacient a millorar la seva adaptació a la malaltia, i així aconseguir bons resultats de salut. Farmacèutics comunitaris i professionals sanitaris d'atenció primària podem portar a terme projectes comuns per tal d'aconseguir aquest objectiu. En el nostre cas, va ser el coneixement -mitjançant el web www.farmaceticonline.com- de l'existència del servei addicional SPD del que disposaven algunes farmàcies de la ciutat, el que va fer que un equip d'AP es posés en contacte amb una farmacèutica comunitària. A partir d'aquí es va iniciar una col·laboració informal, basada en l'administració del tractament amb SPD en pacients que es consideraven mal complidors. Els bons resultats obtinguts en millora de control de xifres tensionals a curt termini va fer realitzar l'estudi Micoeds.

Els resultats de l'estudi són molt limitats d'una banda en no aconseguir arribar a la mostra definida inicialment i, d'altra banda, per les dificultats de seguiment relacionades amb el gran nombre de variables a registrar durant les visites de seguiment. El que podem concloure és que l'SPD pot ser útil com a mètode de millora de compliment, tal com avalen altres estudis⁶. L'eficàcia de l'SPD s'ha observat en HTA amb mal control i en els que s'estima mal compliment, i en HTA i DM II amb els mateixos condicionants i que viuen sols.

Un aspecte a tenir en compte és l'esforç addicional que suposa pel farmacèutic comunitari la realització dels blisters SPD; per tant, seria important adequar el seu ús als pacients que segons estudis com el nostre, puguin ser definits com els que poden obtenir un major benefici en salut.

Però el que també ha permès l'estudi és demostrar la possibilitat d'establir canals de comunicació estables. Hem establert relacions de confiança que suposen el seguiment conjunt de pacients que, per les seves condicions sociofamiliars, poden tenir risc de iatrogènia per errors de dosificació, per desconeixement del tractament prescrit, etc. Una vegada finalitzat l'estudi, hem organitzat una sessió conjunta per a farmacèutics i professionals d'AP sobre comunicació entre el pacient i personal sanitari.

Probablement, una bona estratègia de futur per millorar la qualitat en l'assistència a la població sigui el plantejament de nous projectes tant assistencials com de formació, i mantenir aquesta col·laboració de manera estable.

Jordi Milozzi Berrocal. Metge. EAP Santa Coloma de Gramenet-6 Fondo. Institut Català de la Salut

Mar Isnard Blanchar i Maribel Martín. Infermeres de l'EAP Sta Coloma-6 Fondo. Institut Català de la Salut

Montserrat Iracheta Todó. Farmacèutica. Santa Coloma de Gramenet

Grup d'investigadors de l'estudi Micoeds: Pedro Alegre, Núria Aranda, Jordi Bach, Judith Company, Montserrat Díez, Rosa Ferré, Anna Figueredo, Melchora Gea, Josefa González, Xavier González, Lola Guerrero, Rosa Herreros, Alicia López, Ramón López, Roser Martí, Andreu Martín, Nicol Martínez, Silvia Mestre, Isabel Monreal, Rosa Morros, Gemma Nerin, Olga Pérez, Lucia Pineda, Mercè Rabassa, Loli Reina, Maite Ruíz, Vicky Sierra, Nuria Sorolla, Lluís Valerio, Jose Antonio Zarallo.

Bibliografia

1. Márquez E, Casado JJ, Márquez JJ. Estrategias para mejorar el cumplimiento terapéutico. FMC Form Med Contin Aten Prim. 2001;8: 558-73
2. Gil VF, Belda F, Merino J. Medicina basada en la evidencia y cumplimiento. A: Gil VF, Belda J, Piñero F, Merino J, editores. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Doyma, 1999; 71-90.
3. Morisky DE, Levine DM, Green DW. Five years blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. Am J Public Health 1983; 2: 153-162.
4. Márquez E, Coca A, De la Figuera M, Divison JA, Llisterra JL, Sobrino J: on behalf of the control-project researchers. Cardiovascular risk profile of uncontrolled hypertensive patients. The Control-Project study] Med Clin 2007; 27; 128(3):86-91.
5. Mancia G, Omboni S, Grassi G. Combination treatment in hypertension: the VeraTran Study. Am J Hypertens 1997; 10(7 Pt 2):153S-158S.
6. Serra-Prat M, Bartolomé M, Fité B, Agustí C. Eficacia de un sistema personalizado de dosificación (SPD) en la mejoría del cumplimiento terapéutico en ancianos polimedcados. Aten Primaria. 2006;37(9) 524-26