

# Intervención para evitar el uso inapropiado de triptanos

La implementación generalizada de cualquier intervención sanitaria debería estar precedida siempre de su evaluación con el objetivo de estimar su efectividad. A veces ocurre que una actividad bien argumentada no obtiene la efectividad esperada, debido a factores que será preciso investigar posteriormente. Incluso un resultado negativo jamás será malo, pues indicará el camino que no debe seguirse, dirigiendo entonces los esfuerzos a la investigación de una intervención alternativa que sí pueda conseguirlos.

Los triptanos (TRT) son fármacos útiles en el tratamiento de la migraña, ya que estimulan de forma selectiva los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>1D</sub>, y producen una constricción en los vasos sanguíneos craneales que se hallan inflamados durante el ataque migrañoso. Sin embargo, se ha observado un notable uso inapropiado de éstos, que en muchos casos puede prevenirse<sup>1</sup>. Por ello, se ha indicado que los pacientes deberían ser controlados atentamente para mejorar el uso de estos fármacos y aumentar su efectividad<sup>2</sup>.

Con este argumento, recientemente se ha llevado a la práctica en Dinamarca un estudio que analiza el impacto obtenido en el uso inapropiado de los TRT de un programa de atención farmacéutica<sup>3</sup>, después de observar aspectos no adecuados, como uso diario o casi diario, repetido uso en un mismo ataque, incluso si la primera dosis no hizo efecto, uso para otros fines, como cefalea tensional, uso preventivo. En este estudio participó el 88% de las farmacias del Condado de Funen, que abarca a 472.000 habitantes y a 25 farmacias comunitarias.

El estudio analizado tuvo como objetivo analizar el impacto en el consumo de los TRT disponibles (AM: almotriptan, NT: naratriptan, RT: rizatriptan, ST: sumatriptan y ZT: zolmitriptan) después de concluida una fase de intervención, en la que se trataba de racionalizar su uso, haciéndolo más apropiado.

De las 25 farmacias que hay en la zona de estudio, se designaron 22 de forma aleatoria al grupo de intervención (GI) o al de control (GC). Las primeras recibieron una formación de un día sobre migraña y uso de TRT, así como la forma de establecer un diálogo con los pacientes. Éstos se integraron en el GI cuando acudían siempre a una farmacia designada para implementar la intervención, y viceversa. Se recompensó a las farmacias por su colaboración en el estudio.

La intervención duró 3 meses. No obstante, se analizaron las variaciones en el consumo no sólo a los 3 meses, sino también a los 6 y 9 meses para estimar la efectividad a corto y largo plazo.

Se efectuó un análisis de subgrupos en pacientes incidentes y prevalentes; los primeros correspondían a los que no utilizaron triptanos durante los 9 meses previos a la intervención, los segundos sí los habían consumido con anterioridad. Otros subgrupos se definieron en función de un uso previo de tipo bajo (< 6 dosis al mes), medio (6-14 dosis al mes) y alto ( $\geq$  15 dosis al mes).

El resultado se expresó como el cociente del consumo mensual de fármacos en los GI y de GC, expresados éstos en forma logarítmica.

## Análisis del estudio

Sorprendentemente, el estudio no mostró ningún impacto estadísticamente significativo en el uso de TRT posterior a la intervención: el intervalo de confianza (IC) del 95% de todas las variaciones observadas contiene el valor 1, lo que significa que hay probabilidad de que el ratio estimado sea inferior o superior a 1, es decir, que es igualmente probable que el consumo se reduzca o aumente. Tan sólo se observa un efecto *borderline* al final de los 9 meses en los usuarios prevalentes, en que el ratio obtenido es 0,93 y su IC del 95% queda entre 0,87 y 1,00.

Resulta más sorprendente aún que no se observara efectividad de la intervención en el grupo de mayor riesgo, de alto consumo que sobrepasaba las 15 dosis mensuales.

El objetivo del estudio fue evaluar la efectividad del programa de atención farmacéutica (es decir, en condiciones de práctica real) y no la eficacia (en situaciones rígidas, controladas e ideales que se alejan de la realidad), pues hay la posibilidad que la efectividad difiera notablemente de la eficacia alcanzada en cualquier tipo de intervención. Ello podría explicar la falta de efecto observado al ser esta intervención más débil de lo que hubiera sido en circunstancias ideales.

El estudio analizado presenta un muy buen diseño, de modo que su validez es grande. El hecho que los resultados no hayan sido del tipo que se esperaba no

**Tabla 1. Ficha del estudio**

Pregunta de investigación	¿Puede una intervención reducir el uso inapropiado de los TRT?
Hipótesis	La intervención produciría una reducción en el consumo inapropiado mensual de TRT
Objetivo general	Estimar el cambio en el consumo medio mensual de TRT
Objetivos específicos	Estimar el cambio en el consumo medio mensual de TRT en pacientes de uso medio y alto
Tipo de estudio	Aleatorizado por agrupaciones (farmacias), controlado
Muestra	2.463 pacientes en 22 farmacias; todos los médicos generales estuvieron informados del estudio
Criterios de inclusión	Pacientes que adquirirían TRT en las farmacias comunitarias en septiembre-noviembre de 2000
Criterios de exclusión	Pacientes que adquirieron TRT en farmacias de intervención y de control
Tiempo de seguimiento	9 meses
Intervención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diálogo de 15 min con el paciente para identificar y reducir el uso inapropiado de TRT</li> <li>• Cuando se identificaban problemas mayores, se derivaba al médico</li> </ul>
Variables dependientes	Primaria: logaritmo del número de dosis dispensadas mensualmente de TRT antes y después de la intervención
Variables universales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> <li>• Edad</li> </ul>
Variables complementarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios incidentes y prevalentes</li> <li>• Consumidores bajos, medios y altos</li> </ul>
Resultados (GI frente a GC)	Ratio (log)intervención / (log)control
	Pacientes incidentes
	• A 3 meses: 1,02 (IC del 95%; 0,95, 1,12)
	• A 6 meses: 0,98 (IC del 95%; 0,86, 1,13)
	• A 9 meses: 0,99 (IC del 95%; 0,84, 1,18)
	Pacientes prevalentes
	• A 3 meses: 1,02 (IC del 95%; 0,97, 1,08)
	• A 6 meses: 1,04 (IC del 95%; 0,98, 1,10)
	• A 9 meses: 1,02 (IC del 95%; 0,95, 1,09)
	Por tipo de consumidor (dosis /mes)
	• Bajo (< 6): 1,04 (IC del 95%; 0,95, 1,13)
	• Medio (6-14): 0,93 (IC del 95%; 0,87, 1,00)
	• Alto (≥ 15): 1,01 (IC del 95%; 0,85, 1,20)
Conclusiones	El programa de atención farmacéutica implementado no reduce el uso inapropiado de TRT

GC: grupo de control; GI: grupo de intervención; IC: intervalo de confianza; TRT: triptanos.

significa en modo alguno que la atención farmacéutica no surta efecto. No se puede englobar bajo el epígrafe de «atención farmacéutica» a cualquier tipo de intervención, como no se podría hacer tampoco con el término «atención médica» o «atención quirúrgica». Es impensable pues, que cualquier tipo de intervención farmacéutica produzca un efecto adecuado, por lo que la evaluación de su efectividad resulta imprescindible.

En el caso de no obtener el efecto deseado de una intervención concreta, habrá que analizar qué causas de tipo interno o externo pueden influir hasta el punto de neutralizar su potencial efectividad. La falta de intensidad en la intervención o la necesidad de combinarla con otra pueden ser ejemplos de problemas internos; la dificultad de cambio de actitud del médico o del paciente son ejemplos de problemas externos a la intervención. Todo ello debería tenerse en cuenta en investigaciones posteriores de esta intervención.

## Conclusiones

El programa desarrollado no reduce el uso inapropiado de los TRT. En la tabla 1 se muestra la ficha del estudio. ■

## Bibliografía

1. Pereaum P, Vuillemet F, Schick J, Weill G. Modes de prescription et de consommation des triptans. En: Alsace: un measurement fréquent mais évitable. Rev Neurol (París). 2006;162:347-57.
2. Tepper S, Allen C, Sanders D, Greene A, Bocuzzi S. Coprescription of triptans with potentially interacting medications: a cohort study involving 240.268 patients. Headache. 2003;43:44-8.
3. Sondergaard J, Foged A, Kragstrup J, Gaist D, Gram L, Sindrup S, et al. Intensive community pharmacy intervention had little impact on triptan consumption: a randomized controlled trial. Scand J Prim Health Care. 2006;24:16-21.

ÁNGEL SANZ GRANDA

CONSULTOR CIENTÍFICO (asanzgranda@jazzfree.com)