

P-089 - PRESENCIA DE GLUCOSURIA COMO MEDIDA DE ADHERENCIA EN LOS PACIENTES TRATADOS CON ISGLT2

M. Alonso Fernández^a, M. Crespo Cañete^b, L. Domínguez Fernández^c, A. Hormigo Pozo^d, J. Mancera Romero^e, T.D.J. Bautista Martín^f y J. Escribano Serrano^c

^aUnidad Gestión Clínica San Roque, Oviedo. ^bUnidad Gestión Clínica La Velada, La Línea de la Concepción. ^cUnidad Gestión Clínica San Roque, San Roque. ^dUnidad Gestión Clínica Puerta Blanca, Málaga. ^eUnidad Gestión Clínica Ciudad Jardín, Málaga. ^fUnidad Gestión Clínica Laboratorios, Algeciras.

Resumen

Objetivos: Evaluar la presencia de glucosuria como un parámetro de adherencia terapéutica a los fármacos de la familia A10BK (ISGLT2 o glucosúricos).

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal. Atención Primaria. Años 2016 y 2017. Variables: fármacos iSGLT2 (canagliflozina, dapagliflozina y empagliflozina), Datos analíticos. Dos cortes: primer cuatrimestre de 2016 y de 2017. Se definió “Persistencia” como porcentaje de pacientes que continuaba consumiendo algún fármaco ISGLT2 en periodo final y “paciente persistente (PP)” al paciente que lo hacía. Se evaluó efecto directo ISGLT2 por presencia de glucosuria (GU) (por existencia o no de ella y por valor cuasicuantitativo en cantidad). La GU se evaluó por resultados de los análisis rutinarios de dichos pacientes. La GU se determinó de forma semicuantitativa en orina matinal aislada con un lector Cobas U-601. Los resultados se expresan como: Normal o ausente, 1 (+) ?55 mg/ml, 2 (++) ?100 mg/ml, 3 (+++) ?300 mg/ml y 4 (++++) ? 1.000 mg/ml. Se consideró glucosuria ausente (GUA) cuando no existía, glucosuria manifiesta (GUM) cuando tenía 4+ y glucosuria intermedia (GUI) para el resto de los valores. Fuente de datos: Bases de datos de Farmacia y de Laboratorio del Área. Análisis estadístico: medidas de frecuencia. Medianas y rango intercuartílico (RIC).

Resultados: Durante primer periodo consumieron ISGLT2 770 pacientes (397 hombres, 51,5%, mediana edad 63 años (RIC 54-69). 590 pacientes (77%) tomaban los fármacos en monoterapia. Usaban DAPA 478 (62%), 157 (20%) y CANA 135 (18%). En el segundo periodo, continuaban 580 PP (48% mujeres, mediana edad 62 años (RIC 54-70)). Por presentación 438 PP (75,5%) continúan monoterapia y por fármacos CANA 90 (15,5%), DAPA 370 (64%) y EMPA 114 (19,5%). La persistencia se situó en un 75,3% en general, 77,4% para usuarios de DAPA, 72,6% para EMPA y 71,1% para CANA. En 580 PP, 342 (69%) se habían realizado un análisis con orina válido. De ellos 294 (86%) presentaban GUM, 29 (8,5%) GUI y 19 (5,5%) GUA. En los pacientes que persisten con ISGLT2, la presencia de GU no tiene relación con la glucemia en ayunas (134 mg en GUA, 146 mg en GUI y 143 mg en GUM) ni con la HbA1c (7,2% en GUA, 7,5% en GUI y 7,5% en GUM). Esa relación existe en los pacientes que abandonaron ISGLT2 (en GUI 8,9% y 199 mg, en GUM 9,0% y 227 mg).

Conclusiones: Los usuarios de ISGLT2 presentan una GU manifiesta y perdurable en el tiempo. Con este método se constató que la mayoría de los pacientes mantenían una adherencia terapéutica adecuada. Por el contrario, en aquellos pacientes que no presenten glucosuria manifiesta se puede sospechar una falta de adherencia. La determinación de glucosuria puede considerarse un método válido para medir la adherencia en

pacientes tratados con iSGLT2.