



ADHERENCIA TERAPÉUTICA DE PACIENTES CON RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

SERVIER^{*}
moved by you

ADHERIDOS
A LA VIDA

Adherencia terapéutica de pacientes con riesgo cardiovascular en Atención Primaria. Proyecto REAAP

Jacinto Espinosa García^a, Laura Aliaga Gutiérrez^b, Flora López Simarro^c, Francisco Javier Alonso Moreno^d, Mercedes Ricote Belinchón^e, Cristian Montero Peña^f, Ariadna Manzano Vilches^g

^aMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villanueva de la Serena Norte, Badajoz. Excoordinador del Grupo de Trabajo de Adherencia Terapéutica e Inercia Clínica y miembro del Grupo de Trabajo de Universidad de SEMERGEN y del Grupo de trabajo de Tutores SEMERGEN.

^bMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sevilla la Nueva, Madrid. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

^cMedicina Familiar y Comunitaria, Barcelona. Miembro de los Grupos de Trabajo de Diabetes Mellitus y Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN.

^dMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Sillería, Toledo. Coordinador del Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN.

^eMedicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico, Madrid. Miembro del Grupo de Trabajo de Gestión del Medicamento, Inercia Clínica y Seguridad del Paciente de SEMERGEN y responsable de SEMERGEN para la Cartera de Servicios de Atención Primaria en el Ministerio de Sanidad.

^fResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad docente multiprofesional Don Benito-Villanueva de la Serena, Badajoz. Miembro de los Grupos de Trabajos de Diabetes Mellitus y de Adherencia Terapéutica e Inercia Clínica de SEMERGEN.

^gResidente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud María de Guzmán, Alcalá de Henares, Madrid.

Índice

- I.** Introducción
- II.** Documento REAAP
- III.** Material y métodos
- IV.** Resultados
 - a) Abordaje de la adherencia durante la práctica clínica habitual
 - b) Barreras que dificultan una correcta adherencia
 - c) Las intervenciones para mejorar la adherencia
- V.** Conclusiones

I. Introducción

“
La adherencia terapéutica es el grado en el cual el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un proveedor de asistencia sanitaria¹.
”

Organización Mundial de la Salud (OMS)

I. Introducción

Falta de adherencia a la medicación (FAM) se asocia con¹⁻³:



Mayor **morbimortalidad cardiovascular**



Mayor **tasa de ingresos y reingresos hospitalarios**

Pacientes con alto riesgo cardiovascular que abandonan los tratamientos prescritos por⁴:



Cuando no se alcanzan objetivos, la FAM debe ser siempre sospechada, adecuadamente diagnosticada y correctamente tratada (implementación de estrategias de mejora).

1. Ruppap TM, Cooper PS, Mehr DR, Delgado JM, Dunbar-Jacob JM. Medication Adherence Interventions Improve Heart Failure Mortality and Readmission Rates: Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials. J Am Heart Assoc. 2016;5(6):e002606.
2. Xu HY, Yu YJ, Zhang QH, Hu HY, Li M. Tailored Interventions to Improve Medication Adherence for Cardiovascular Diseases. Front Pharmacol. 2020;11:510339.
3. Espinosa J, Alonso F. Adherencia Terapéutica e Inercia Clínica. Monografía DPC Formación oficial para el Desarrollo Profesional Continuo. Madrid: SEMERGEN; 2017.
4. Conthe P, Márquez Contreras E, Aliaga Pérez A, Barragán García B, Fernández de Cano Martín MN, González Jurado M, et al. Adherencia terapéutica en la enfermedad crónica: estado de la situación y perspectiva de futuro. Rev Clin Esp. 2014;214:336-44.

II. Documento REAAP



Objetivo del documento REAAP - Red de Expertos en Adherencia de Atención Primaria¹:



Generar y difundir conocimiento sobre la optimización de la adherencia terapéutica del paciente con riesgo cardiovascular.



Estudiar la heterogeneidad en el manejo de la falta de adherencia desde la detección hasta las intervenciones.



Analizar la percepción que tienen los profesionales de la salud sobre la FAM y sus consecuencias.

III. Material y métodos



Con el aval y la coordinación del grupo de trabajo GIS “Gestión del medicamento, Adherencia Terapéutica e Inercia Clínica y Seguridad del paciente” de SEMERGEN se han recogido las percepciones y las experiencias cotidianas de los médicos de AP en el abordaje de la FAM en pacientes con alto riesgo cardiovascular, así como sus expectativas y las posibles áreas de mejora.



Análisis de los resultados:

Los documentos recibidos de las CC. AA se han analizado mediante el método marco o *Framework Analysis* (una metodología con frecuencia utilizada en la gestión de datos cualitativos en la investigación en salud)¹. De este análisis se ha extraído un documento nacional.

III. Material y métodos¹

18 médicos

que brindan atención en centros de salud.



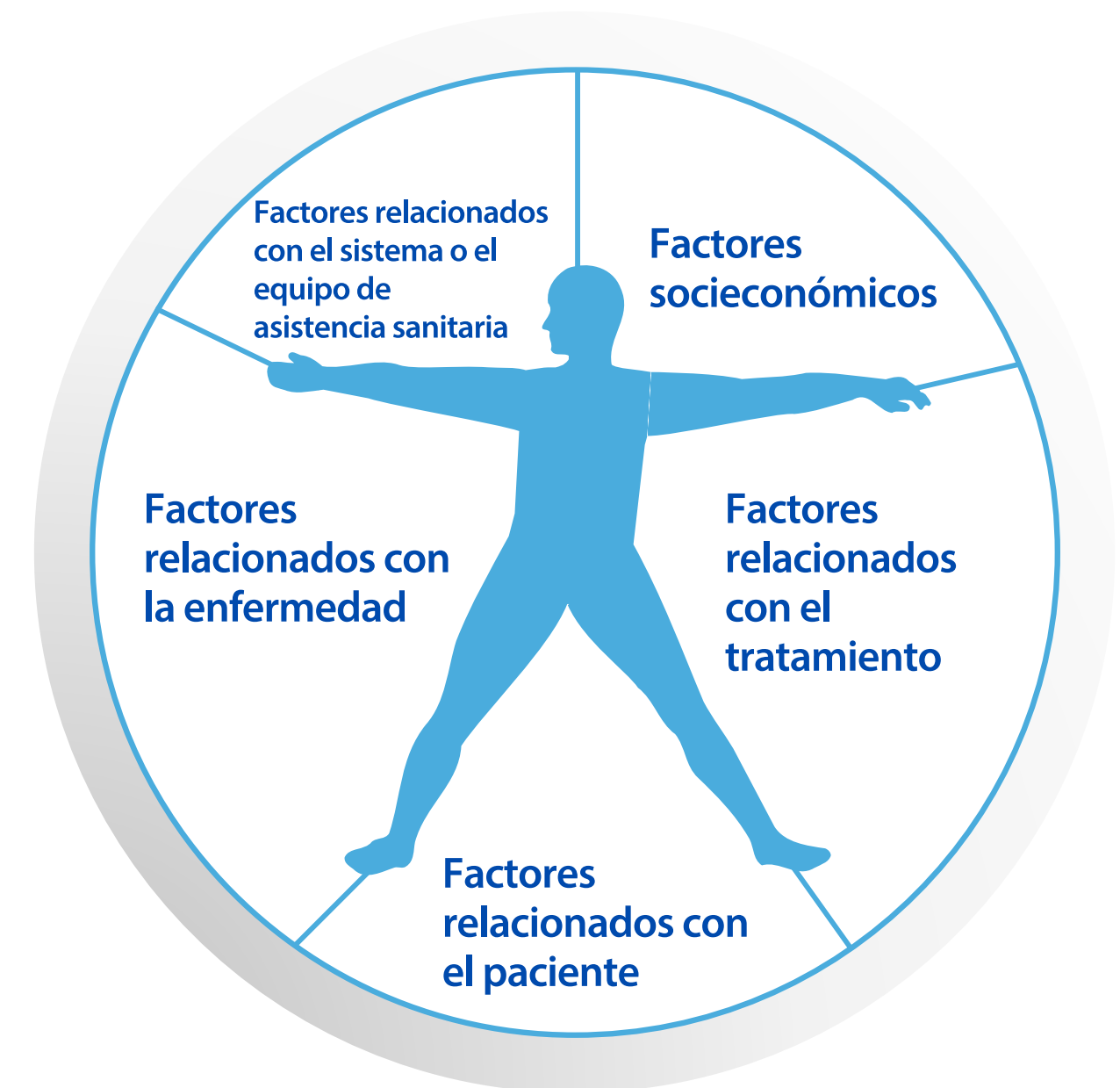
El documento base se envió electrónicamente entre el **21 de septiembre** y el **24 de octubre de 2022**.

1. Metodología adaptada de Espinosa J, Alonso F. Adherencia Terapéutica e Inercia Clínica. Monografía DPC Formación oficial para el Desarrollo Profesional Continuo. Madrid: SEMERGEN; 2017.

III. Material y métodos: diseño del documento base

El documento se dividió en **TRES SECCIONES** a desarrollar teniendo en cuenta las **CINCO DIMENSIONES** clásicas de la OMS^{1,2}:

- 1.** La **valoración de la adherencia terapéutica de sus pacientes:** cómo se hace, quién la hace, quién participa y cuándo se hace.
- 2.** **Estrategias actuales para valorar y mejorar la adherencia** en los tres niveles de actuación: sistema, centro y profesional sanitario.
- 3.** **Acciones para mejorar la adherencia** en los tres niveles asistenciales: sistema, centro y profesional sanitario (¿qué herramientas se pueden pedir o implementar?).



Las cinco dimensiones clásicas de la adherencia según la OMS¹.

1. Adaptado y traducido de: World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; 2003 [citado 2022 Nov 17]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682>

2. Espinosa J, Alonso F. Adherencia Terapéutica e Inercia Clínica. Monografía DPC Formación oficial para el Desarrollo Profesional Continuo. Madrid: SEMERGEN; 2017.

IV. Resultados

Temas identificados en los 18 documentos



Abordaje de la adherencia durante la práctica clínica habitual.



Barreras que dificultan una correcta adherencia.



Intervenciones para mejorar la adherencia (propuestas).

a) Abordaje de la adherencia durante la práctica clínica habitual

La implicación del médico de familia en el control de la adherencia es fundamental, ya que es el médico que más conoce al paciente, ha establecido un vínculo de confianza entre ambos, por lo que evitaremos muchas veces el engaño, también los consejos de su médico de Atención Primaria serán mejor valorados, las decisiones compartidas podrán realizarse más fácilmente y los resultados que obtendremos son más satisfactorios¹.

Manuel Mozota Núñez
Centro de Salud de Noaín. Navarra
Coordinador autonómico REAAP

a) Abordaje de la adherencia durante la práctica clínica habitual¹⁻⁵

Actores implicados:

Médico de familia



Equipo de enfermería



Factores a tener en cuenta:

- Edad
- Nivel cognitivo
- Comorbilidades
- Nivel socio-económico y cultural
- Entorno socio-familiar y laboral del paciente



Relación médico-paciente:

la relación médico-paciente tiene un peso específico enorme.

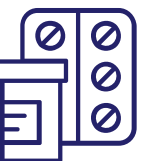


Herramientas para la valoración:

la herramienta más frecuentemente utilizada en consulta es el test de Morisky-Green.

Medidas de optimización:

Se aplican en el día a día del médico AP y pueden ayudar a un mejor cumplimiento de la medicación por parte del paciente.



1. Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, de la Figuera M, et al. Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk (the COM99 study). *Circulation*. 2010;122(12):1183-91.
2. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986;24(1):67-74.
3. Gabinete Sociología y Comunicación. Encuesta sobre adherencia terapéutica en España. [Internet] 2016. Disponible en: <https://www.farmaindustria.es/web/wp-content/uploads/sites/2/2016/12/Informe-Estudio-de-adherencia-anx.pdf>
4. Espinosa J, Alonso F. Adherencia Terapéutica e Inercia Clínica. Monografía DPC Formación oficial para el Desarrollo Profesional Continuo. Madrid: SEMERGEN; 2017.
5. Van Driel ML, Morledge MD, Ulep R, Shaffer JP, Davies P, Deichmann R. Cochrane corner: interventions to improve adherence to lipid-lowering medication. *Heart*. 2018;104(5):367-9.

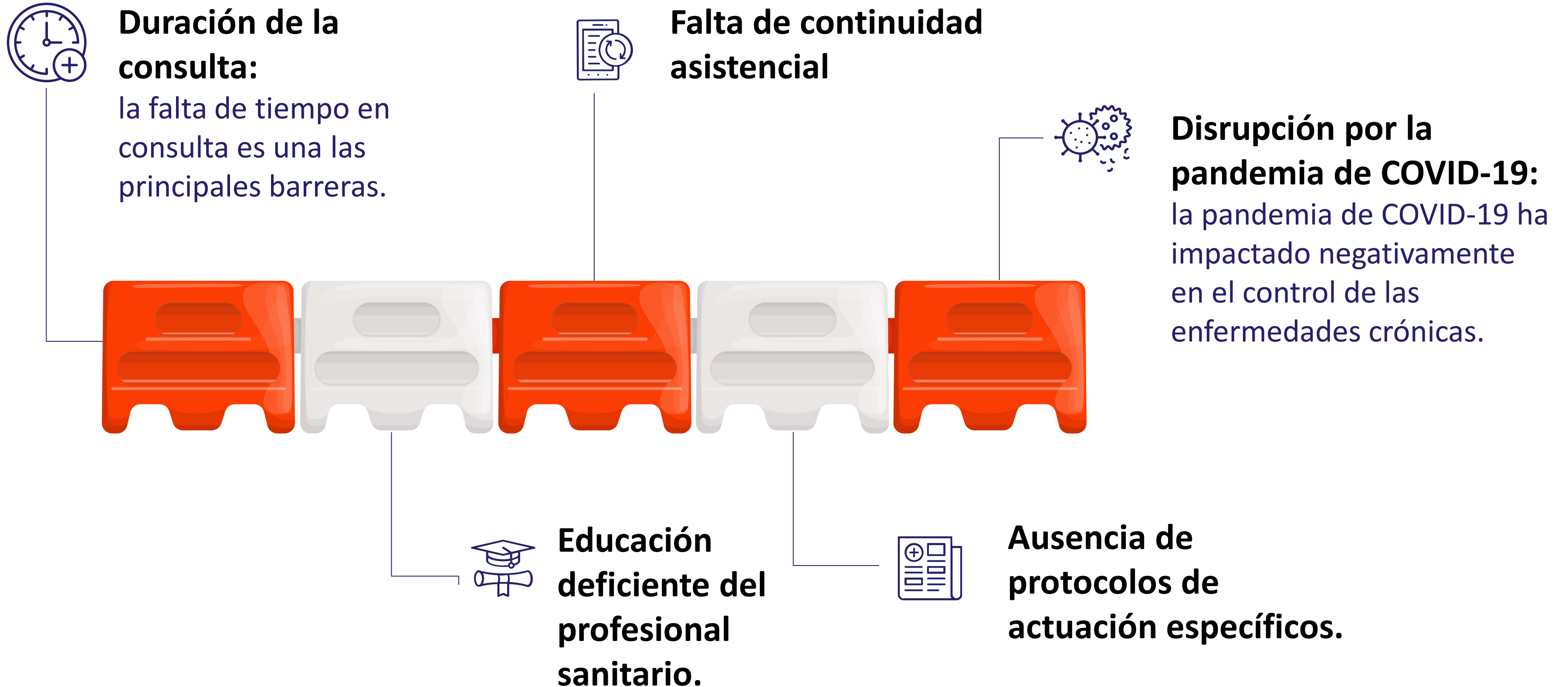
b) Barreras que dificultan una correcta adherencia

Actualmente, la comunidad médica considera que la relación médico-paciente **se encuentra amenazada** por la intersección de numerosas influencias derivadas de presiones administrativas, tecnológicas, económicas, industriales, políticas e, incluso, desde la propia medicina (burocratizada, listas de espera, consultas telefónicas...), entre otras¹.

Carla Morer Liñán
Centro de Salud Río de Janeiro. Barcelona
Coordinador autonómico REAAP

1. Reflexión adaptada y traducida de World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action [Internet]. Geneva PP - Geneva: World Health Organization; 2003 [citado 2022 Nov 17]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682> por Morer Liñán C. Documento REAAP. Madrid; Grupo SANED. 2022.

b) Barreras que dificultan una correcta adherencia



c) Intervenciones para mejorar la adherencia^{1,2}

Las combinaciones fijas, por ejemplo, en el tratamiento de la hipertensión, pueden contribuir a la reducción del número de dosis y, por lo tanto, mejorar la falta de adherencia.

Eva Trillo Calvo
Centro de Salud Campo de Belchite. Zaragoza
Coordinador autonómico REAAP

Mejorar la adherencia debería ser una prioridad, por lo que la asociación de fármacos combinados a dosis fijas debería realizarse lo antes posible, sobre todo, en el paciente polimedocado.

Custodio Buil Ferrero
Centro de Atención Primaria Passeig de Sant Joan.
Barcelona
Coordinador autonómico REAAP

1. Katzmann JL, Sorio-Vilela F, Dornstauder E, Fraas U, Smieszek T, Zappacosta S, et al. Non-statin lipid-lowering therapy over time in very-high-risk patients: effectiveness of fixed-dose statin/ezetimibe compared to separate pill combination on LDL-C. Clin Res Cardiol. 2022;111:243-52. DOI: 10.1007/s00392-020-01740-8.
2. Pladevall M, Brotons C, Gabriel R, Arnau A, Suarez C, de la Figuera M, et al. Multicenter cluster-randomized trial of a multifactorial intervention to improve antihypertensive medication adherence and blood pressure control among patients at high cardiovascular risk (the COM99 study). Circulation. 2010;122:1183-91. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.892778.

c) Intervenciones para mejorar la adherencia^{1,2}

Programas educativos para el paciente: educar al paciente, más allá de lo comunicado en la consulta.

Implicación de la farmacia comunitaria: implicar a las farmacias comunitarias en la atención y el seguimiento de pacientes crónicos y pluripatológicos.



Optimización del uso de las TIC: las tecnologías vinculadas a la telemedicina pueden ayudar a mejorar la adherencia terapéutica.

Simplificar el tratamiento prescribiendo fármacos a combinaciones fijas.

Campañas de divulgación/concienciación en los medios de comunicación.

TIC: tecnologías de la información y la comunicación.

1. Katzmann JL, Sorio-Vilela F, Dornstaeder E, Fraas U, Smieszek T, Zappacosta S, et al. Non-statin lipid-lowering therapy over time in very-high-risk patients: effectiveness of fixed-dose statin/ezetimibe compared to separate pill combination on LDL-C. Clin Res Cardiol. 2022;111(3):243-52.
2. Sieben A, A W van Onzenoort H, J H M van Laarhoven K, Bredie SJH, van Dulmen S. Identification of Cardiovascular Patient Groups at Risk for Poor Medication Adherence: A Cluster Analysis. J. Cardiovasc Nurs. 2021;36(5):489-97.

V. Conclusiones^{1,2}



Una **intervención individualizada** con un **enfoque multidisciplinar** que implique a médicos y enfermeras, y que involucre también a otros profesionales sanitarios (farmacéuticos), facilita el cumplimiento terapéutico.



La mejora de la **comunicación entre médicos y pacientes** y la **prescripción de terapias combinadas a dosis fijas**, como la polipíldora, son **estrategias que pueden mejorar la adherencia terapéutica**, con el consiguiente aumento del grado de control y la reducción de los costes sanitarios.



Iniciativas y programas como el proyecto REAAP para fomentar **una mayor sensibilización sobre la adherencia en el ámbito de la AP** son un medio importante para mejorar el cumplimiento terapéutico de los pacientes.

1. López-Simarro F, Brotons C, Moral I, Aguado-Jodar A, Cols-Sagarra C, Miravet-Jiménez S. Concordance between two methods in measuring treatment adherence in patients with type 2 diabetes. Patient Prefer Adherence. 2016;10:743-50.

2. Castellano JM, Sanz G, Peñalvo JL, Bansilal S, Fernández-Ortiz A, Alvarez L, et al. A polypill strategy to improve adherence: results from the FOCUS project. J Am Coll Cardiol. 2014;64(20):2071-82.



© Saned 2023

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación podrá ser reproducida, almacenada o transmitida en cualquier forma ni por cualquier procedimiento electrónico, mecánico, de fotocopia, de registro o de otro tipo sin el permiso de los Editores.

Sanidad y Ediciones, S.L.

gruposaned@gruposaned.com

Poeta Joan Maragall, 60, 1a. 28020 Madrid.

Tel.: 91 749 95 00

Carrer Frederic Mompou, 4A, 2o, 2a. 08960 Sant Just Desvern. Barcelona.

Tel.: 93 320 93 30

Torres Quintero 237 int. 2 San Miguel. 09360 CDMX – México.

Tel.: +52 55 2636 2946

Gracias por su atención

