

El policomprimido cardiovascular: una herramienta para mejorar la prevención cardiovascular

Mejorar la adherencia: una de las acciones más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes en prevención secundaria

Domingo Orozco-Beltrán*, Concepción Carratalá-Munuera y Vicente Gil-Guillén

Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, San Juan de Alicante, Alicante, España

Palabras clave:
Adherencia terapéutica
Cumplimiento terapéutico
Cardiopatía isquémica

RESUMEN

En prevención secundaria cardiovascular, el grado de control de los factores de riesgo cardiovascular es deficiente en los países europeos y la falta de adherencia terapéutica parece ser uno de los factores causales. La buena adherencia se asocia a un 20% de disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular y un 38% de disminución de mortalidad por cualquier causa. Los pacientes con mala adherencia multiplican por 3 el riesgo de mortalidad. Sin embargo, la adherencia a los fármacos preventivos (ácido acetilsalicílico, bloqueadores beta, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, estatinas, etc.) ronda el 50% 1 año después del alta hospitalaria. La Organización Mundial de la Salud define adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, con respecto a tomar la medicación o seguir una recomendación dietética o de cambio de estilo de vida, concuerda con las prescripciones del profesional sanitario consensuadas con el paciente. No existe un método ideal para medir la adherencia, pero se recomienda para la práctica clínica la pregunta de Haynes-Sackett y el cuestionario de Morisky-Green de ocho ítems. No obstante, el patrón de referencia sigue siendo el recuento de comprimidos, y se considera buena adherencia el consumo de más del 80% de la prescripción. Mejorar la comunicación entre médicos y pacientes, facilitar la continuidad asistencial mediante la colaboración con atención primaria, involucrar a otros profesionales sanitarios (farmacéuticos) y el desarrollo de terapias combinadas a dosis fijas, como la *polypill*, son estrategias que pueden mejorar la adherencia terapéutica y el grado de control y reducir los costes sanitarios.

Improving Treatment Adherence: One of the Most Effective Ways of Increasing Patient Survival in Secondary Prevention

ABSTRACT

In secondary cardiovascular prevention, the degree of control of cardiovascular risk factors in European countries is inadequate and poor treatment adherence appears to be one of the causative factors. Good adherence has been associated with a 20% reduction in the risk of cardiovascular disease and a 38% decrease in all-cause mortality. Patients with poor adherence have a three-fold increased risk of death. However, adherence to treatment involving preventive drugs (e.g. aspirin, beta-blockers, angiotensin-converting enzyme inhibitors and statins) is only around 50% 1 year after hospital discharge. The World Health Organization defines treatment adherence as the degree to which an individual's behavior with respect to taking medications or implementing recommended dietary or lifestyle changes corresponds with the actions health-care professionals have agreed with the patient. There is no ideal way of measuring adherence but it is recommended that the Haynes-Sackett test and the Morisky-Green 8-item questionnaire should be used in clinical practice. Nevertheless, the reference standard remains the pill count, with good adherence being considered an intake more than 80% of that prescribed. Strategies for ensuring better treatment adherence, increasing the degree of disease control and reducing health-care costs include improving communication between doctors and patients, facilitating the continuity of care by collaborating with primary care staff, involving other health-care professionals (e.g. pharmacists) and developing fixed-dose combination therapies, such as the *polypill*.

Keywords:
Treatment adherence
Treatment compliance
Coronary heart disease

*Autor para correspondencia: Departamento de Medicina Clínica, Universidad Miguel Hernández, Campus de San Juan, Ctra. Valencia-Alicante s/n, 03550 San Juan de Alicante, Alicante, España.

Correo electrónico: dorozco@goumh.umh.es (D. Orozco-Beltrán).

Abreviaturas

ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II
 CV: cardiovascular
 IAM: infarto agudo de miocardio
 IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina
 OMS: Organización Mundial de la Salud

INTRODUCCIÓN

La mortalidad por infarto agudo de miocardio (IAM) tiende a disminuir en los países desarrollados. Sin embargo, al comparar la evolución de mortalidad por IAM entre España y Estados Unidos, se observa que la disminución es más marcada en el segundo y, aunque era muy superior a la española en los años noventa, actualmente se han igualado. Entre las causas de la reducción de la mortalidad coronaria destacan tanto el tratamiento del episodio agudo y el control de los factores de riesgo cardiovascular (CV) como el tabaquismo, la presión arterial, la glucemia, el colesterol, la obesidad o el sedentarismo². En cuanto a este último aspecto, las guías clínicas definen objetivos de control de estos factores que, de alcanzarse, permitirían una mejor prevención de los eventos CV^{4,5}. Pero los resultados publicados recientemente demuestran que son claramente mejorables: así se desprende de los resultados del EUROASPIRE, un estudio que ha revisado a 7.998 pacientes (el 24% mujeres) de 78 centros de 24 países europeos. A los 6 meses del alta hospitalaria tras un episodio de cardiopatía isquémica, solo el 54% de los pacientes presentaban buen control de la presión arterial (< 140/90 mmHg; < 140/80 mmHg en diabetes mellitus), a pesar de que el 83% tomaba bloqueadores beta y el 75%, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), y solo el 19% presentaba buen control del colesterol (colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad [cLDL] < 1,8 mmol/dl) a pesar de que el 86% de los pacientes tomaban estatinas. En cuanto a las medidas no farmacológicas, el 60% no realizaba actividad física regular y casi la mitad (49%) de los fumadores en el momento del evento seguían fumando. El 38% eran obesos (índice de masa corporal [IMC] ≥ 30) y el 58% tenía obesidad central (perímetro abdominal > 102 cm en varones y > 88 cm en mujeres). Por lo tanto, en los países europeos, una amplia mayoría de los pacientes en prevención secundaria no alcanzan los objetivos establecidos por las guías clínicas a pesar de los grandes avances producidos en la terapia farmacológica y de conocer bien sus beneficios en prevención secundaria⁶.

FALTA DE ADHERENCIA EN PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR

La falta de adherencia terapéutica puede ser una de las principales causas de ese deficitario control de los factores de riesgo. Así, en un estudio realizado en 6.434 pacientes⁷, a los 12 meses del alta tras un IAM, la tasa de persistencia de la medicación recomendada fue inferior al 62%, y fue menor en los pacientes en mayor riesgo de muerte que en los de menor riesgo (el 45,9 frente al 61,5%). Es decir, casi el 40% de los pacientes no seguían la medicación recomendada a los 12 meses del alta y en los pacientes de mayor riesgo la proporción subía a más del 50%. Uno de los estudios más importantes publicados recientemente, un metanálisis⁸ sobre 20 estudios que incluyó a 376.162 pacientes tanto en prevención primaria como en prevención secundaria, utilizó la visita a la farmacia para la continuidad del tratamiento como método de medición de la adherencia. Se analizaron siete grupos terapéuticos: ácido acetilsalicílico (AAS), diuréticos tiazídicos, bloqueadores beta, IECA, antagonistas del receptor de la angiotensina II (ARA-II), antagonistas del calcio y estatinas. La adherencia media obtenida fue del 57% (intervalo de confianza del 95% [IC95%],

50-64) tras un seguimiento de 24 meses, y fue un poco mejor en prevención secundaria que en prevención primaria (el 66 frente al 50%; $p = 0,012$). Es decir, un tercio de los pacientes en prevención secundaria⁹ no renuevan la medicación CV preventiva a los 2 años del evento.

En la fase I del estudio FOCUS, que utilizó el cuestionario de Morisky-Green en más de 2.000 pacientes en prevención secundaria, el grado medio de adherencia terapéutica a un IECA, una estatina y AAS fue del 45,5%. En otro estudio en prevención secundaria¹⁰ que analizó una intervención de mejora en la adherencia, la situación basal fue que el 61,5% de los pacientes reconocían estar tomando la medicación (AAS, IECA, estatina y dos hipotensores) en su declaración de cumplimiento. En otro estudio europeo, el registro APTOR¹¹, que comparó el seguimiento de las guías en 14 países 1 año tras el alta hospitalaria, los datos de España muestran que únicamente el 28% de los pacientes recibían tratamiento óptimo (AAS más tres o más de los siguientes: bloqueador beta, IECA/ARA-II, estatina, dieta o ejercicio). Otro estudio español¹² sobre la persistencia del consumo de fármacos preventivos (AAS, bloqueadores beta, IECA y estatinas) tras un evento cardiovascular en 7.462 pacientes observó que, a los 9 meses del alta hospitalaria, un 18% de los pacientes no alcanzaban el 75% de días de persistencia en ninguno de los fármacos prescritos y el 47,6% no lo hizo en tres o más grupos terapéuticos. En otro estudio observacional prospectivo¹³, el 24% de los pacientes no cumplían el tratamiento 7 días después del alta tras un infarto de miocardio; en el primer mes posterior al alta hospitalaria, el 34% de los pacientes interrumpieron el tratamiento de al menos uno de los fármacos y el 12%, los tres. Otro metanálisis¹⁴, con 44 estudios que incluyeron a 1.978.919 participantes que padecieron 135.627 eventos CV y 94.126 muertes por cualquier causa, concluyó que la buena adherencia (toma de al menos el 80% de la medicación) se asoció a un 20% de disminución del riesgo de enfermedad CV y un 38% de disminución de la mortalidad por cualquier causa. Se atribuyó el 9,1% de todos los eventos a la falta de adherencia.

La OMS informa que la adherencia a largos tratamientos de enfermedades crónicas en los países desarrollados se sitúa en torno al 50%, aunque con amplias variaciones entre los estudios publicados¹⁵. Se observa que la adherencia suele ser mayor con los tratamientos de corta duración y al inicio de los tratamientos crónicos y que la adherencia es peor cuanto más largo es el tratamiento¹⁶. Considera la falta de adherencia terapéutica un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y a su relación tanto con peor control de la enfermedad e incremento del riesgo de morbimortalidad como con reducción de la calidad de vida de los pacientes e incremento del gasto sanitario¹⁷. Enfatiza que «aumentar la efectividad de las intervenciones sobre la adherencia terapéutica podría tener mayor impacto en la salud de la población que cualquier mejora en los tratamientos médicos específicos».

Aunque se dice que en prevención CV llegamos demasiado tarde¹⁸, parece que la medición de la adherencia terapéutica es necesaria si se quiere mejorar el control de los factores de riesgo CV, y su modificación permitiría «llegar a tiempo» y mejorar los resultados observados hasta el momento.

Definición de adherencia

La OMS define adherencia terapéutica como el grado en que el comportamiento de una persona, con respecto a tomar la medicación o seguir una recomendación dietética o de cambio de estilo de vida, concuerda con las prescripciones del profesional sanitario consensuadas con el paciente¹⁹. Cumplimiento terapéutico es un término equivalente y se define como la proporción de dosis consumidas de las prescritas en un periodo determinado^{20,21}. Sin embargo, es un término que se debe abandonar¹⁹ porque no implica el acuerdo del paciente como el término adherencia.

Otra palabra usada más recientemente es persistencia, dado que la eficacia del tratamiento no depende solo de la toma del fármaco cada

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3019335>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3019335>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)