Adherencia terapéutica en la prevención 2ª de la enfermedad Cv. ¡**Una cuestión no resuelta !**

Dr. Manuel Suárez Tembra
Unidad de Lípidos y RCV

SAN RAFAEL HOSPITAL

DEFINICION

Se define la adherencia al tratamiento como la medida en que el *paciente asume las normas o consejos dados por el médico* o el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescrito, expresándose como el *grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente.*

Sackett DL, Haynes RB et al. The Lancet 1975:1;1205-7

Clasificación de la adherencia

Primaria:

. Aquella prescripción que no se retira de la farmacia.

Secundaria:

. Alteración de la dosis correcta.
. Cambios en los intervalos de dosificación.
. Olvido en la toma o aumento en la frecuencia de la dosis.
. Suspensión del tratamiento antes del tiempo recomendado.

Rigueira AL, Aten Primaria 2001;27(8):559-68

Problemas relevantes en cardiología 2011

Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica)

Valentín Fuster *

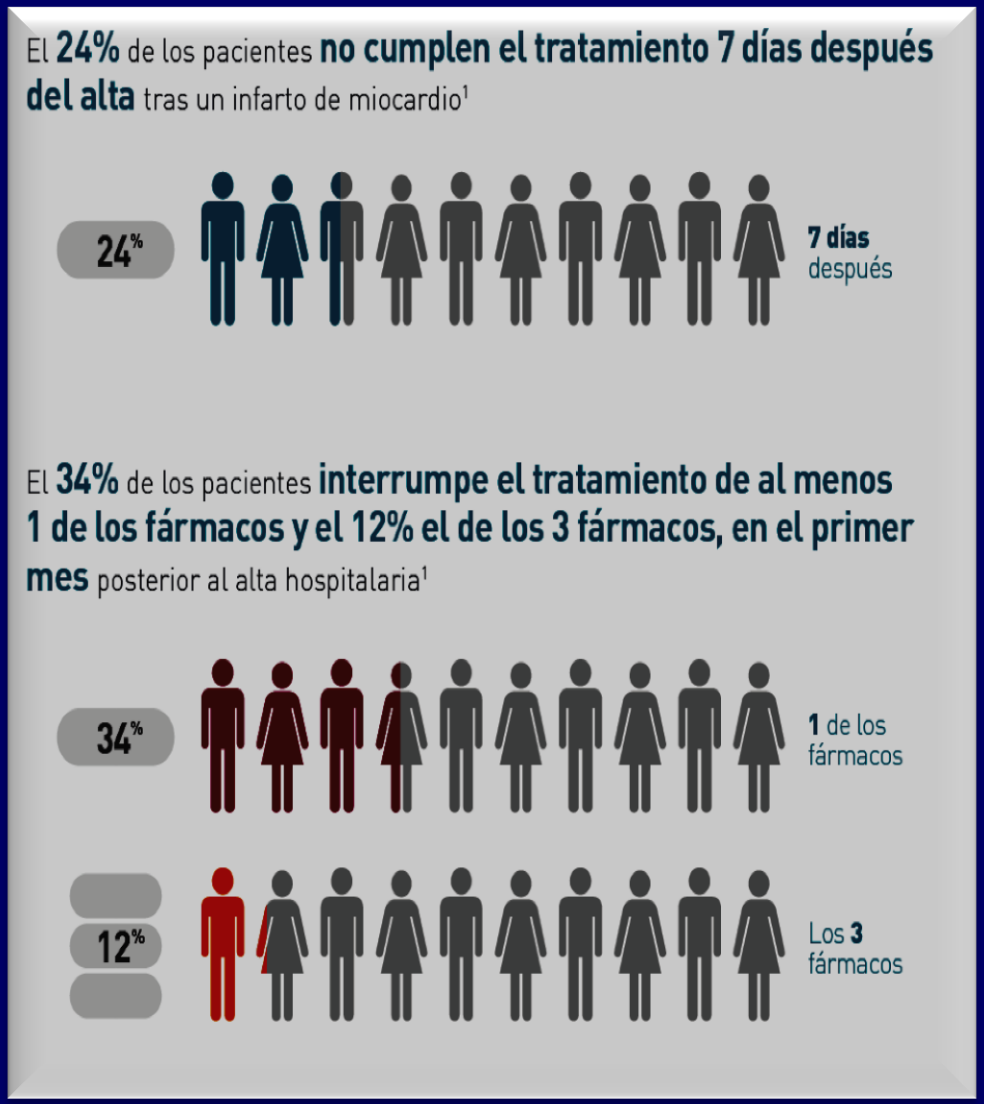
Adherencia terapéutica

Incumplimiento:

75% en enfermedad Psiquiátrica.
70% en asmáticos.
50% en diabéticos y dislipémicos.
33% en hipertensos (7,1% – 55,2%)
30-40% en patología aguda.

Rigueira AI Aten primaria 2001;27(8):559-68

La falta de adherencia en cifras



. Un 20% de los pacientes crónicos no inicia el tratamiento prescrito.

.-Un 50% de pacientes ha abandonado el tratamiento a los 6 meses.

Mc.Horney Curr Med Res Opin 2009; 25(1):215-238

Jackevicius CA. JAMA 2002;288:462-7.

Enfermedades Crónicas y Adherencia

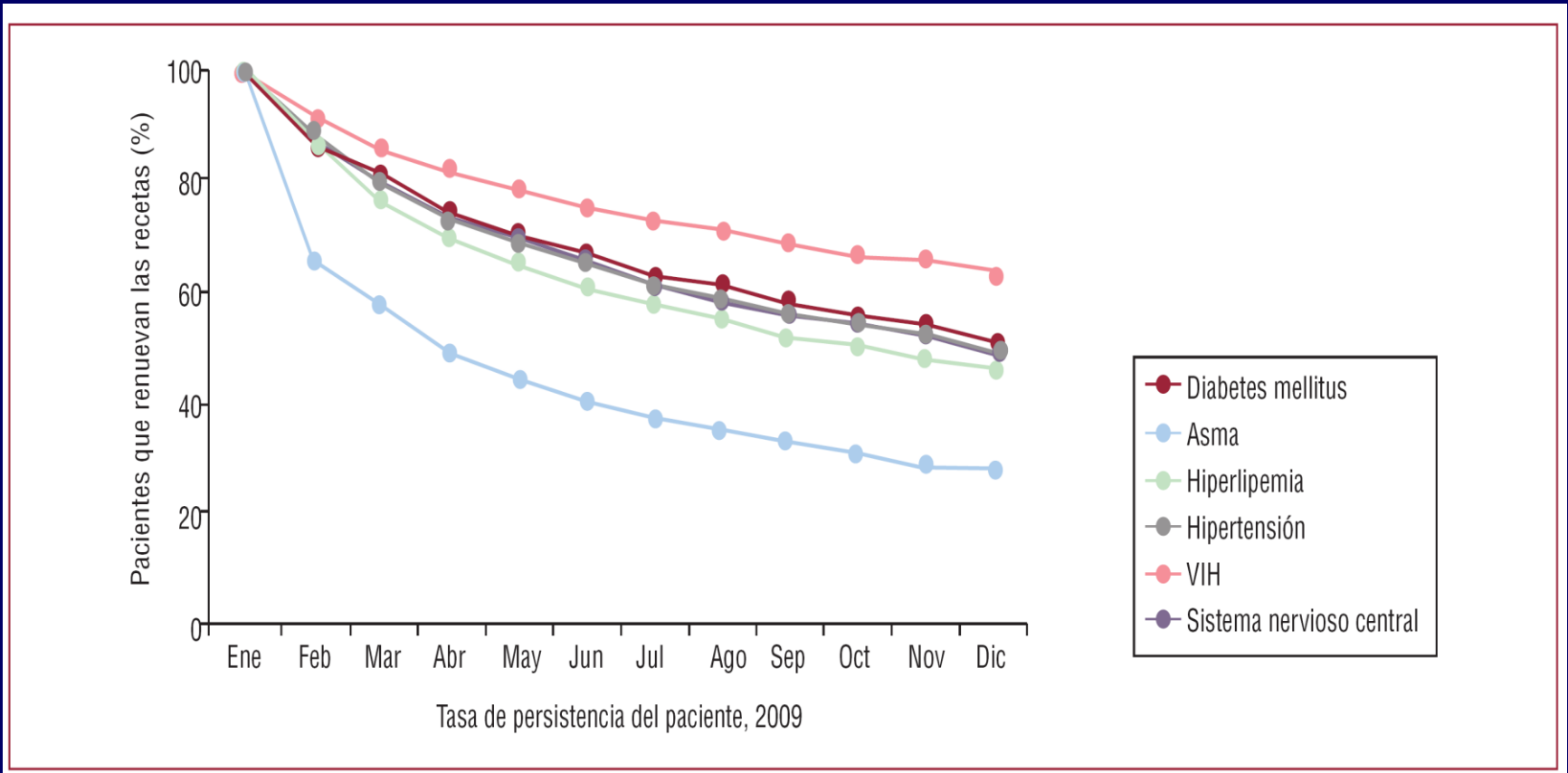


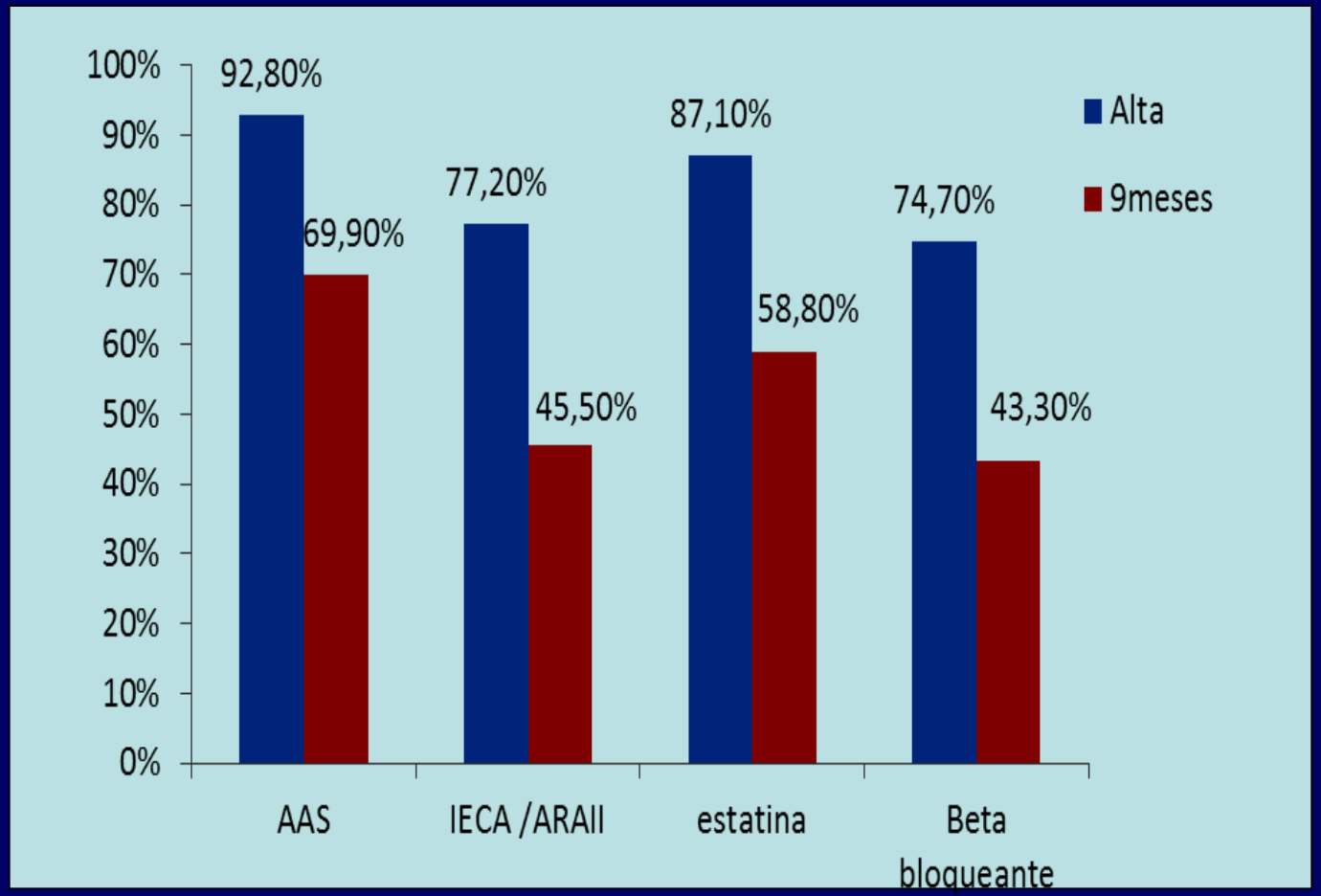
Figura 2. Disminución de la tasa de adherencia a la medicación en el tratamiento de distintas enfermedades crónicas a lo largo de 12 meses de seguimiento. Durante los primeros 6 meses después de la prescripción de la medicación es cuando se produce la caída más importante de la adherencia, que ya no vuelve a recuperarse. Datos publicados por la Organización Mundial de la Salud[7] y modificados a partir de Gadkari et al[6] y Ho et al[8].

V Fuster, Rev Esp Cardiol 2012

Datos de adherencia en España

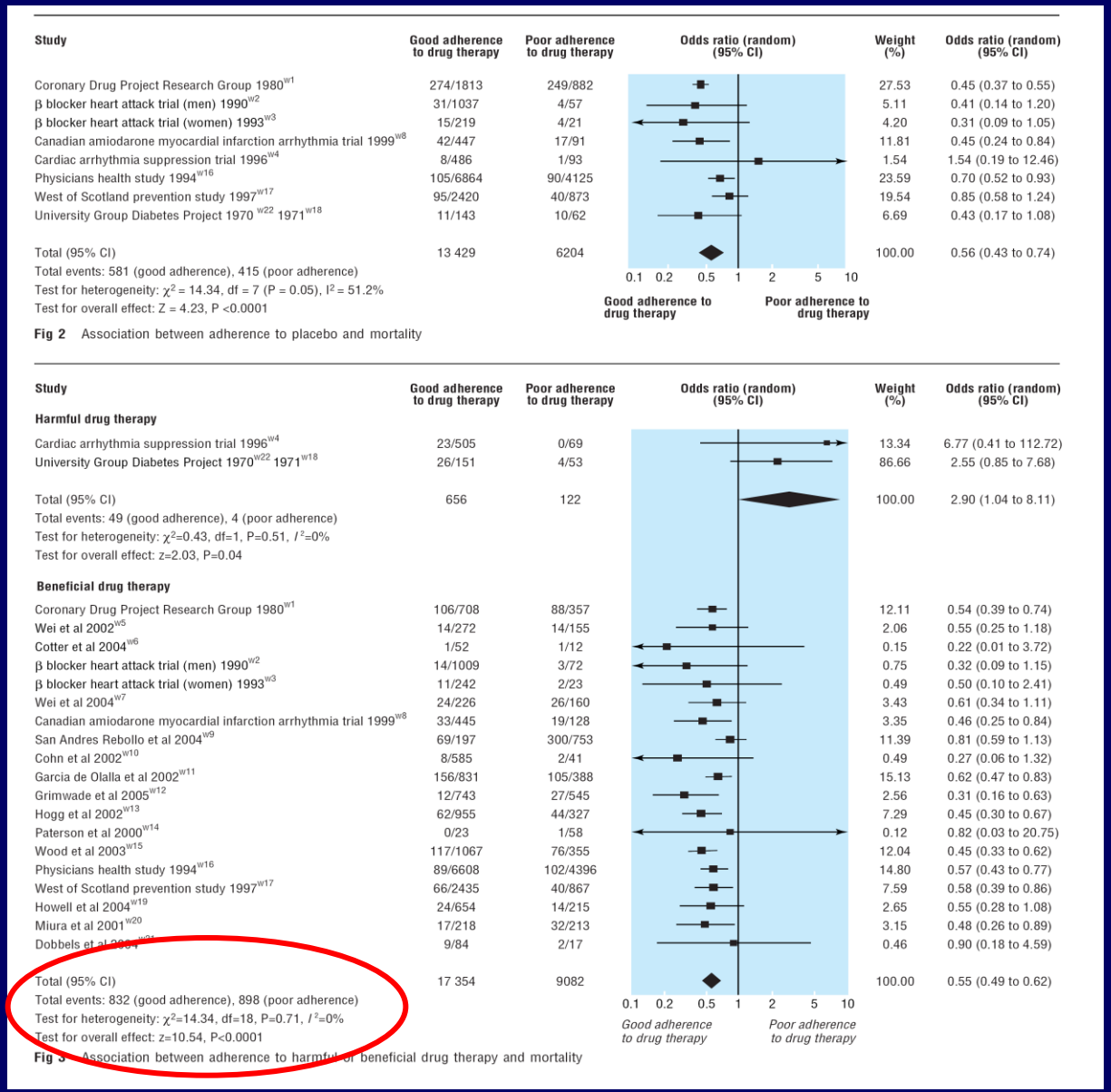
Valencia (España) de 7053 pacientes con SCA seguidos durante 9 meses

(% pacientes que toman más de 75% de los días la medicación)



Sanfélix G. J Manag Care Pharm 2013;19:247-57.

Asociación entre Adherencia Terapéutica y Mortalidad



Study	Good adherence to drug therapy	Poor adherence to drug therapy	Odds ratio (random) (95% CI)	Weight (%)	Odds ratio (random) (95% CI)
Coronary Drug Project Research Group 1980[w1]	274/1813	249/882		27.53	0.45 (0.37 to 0.55)
β blocker heart attack trial (men) 1990[w2]	31/1037	4/57		5.11	0.41 (0.14 to 1.20)
β blocker heart attack trial (women) 1993[w3]	15/219	4/21		4.20	0.31 (0.09 to 1.05)
Canadian amiodarone myocardial infarction arrhythmia trial 1999[w8]	42/447	17/91		11.81	0.45 (0.24 to 0.84)
Cardiac arrhythmia suppression trial 1996[w4]	8/486	1/93		1.54	1.54 (0.19 to 12.46)
Physicians health study 1994[w16]	105/6864	90/4125		23.59	0.70 (0.52 to 0.93)
West of Scotland prevention study 1997[w17]	95/2420	40/873		19.54	0.85 (0.58 to 1.24)
University Group Diabetes Project 1970[w22] 1971[w18]	11/143	10/62		6.69	0.43 (0.17 to 1.08)
Total (95% CI)	13 429	6204		100.00	0.56 (0.43 to 0.74)
Total events: 581 (good adherence), 415 (poor adherence)					
Test for heterogeneity: $\chi^2 = 14.34$, df = 7 (P = 0.05), $I^2 = 51.2\%$					
Test for overall effect: Z = 4.23, P <0.0001					

0.1 0.2 0.5 1 2 5 10

Good adherence to drug therapy | Poor adherence to drug therapy

Fig 2 Association between adherence to placebo and mortality

Study	Good adherence to drug therapy	Poor adherence to drug therapy	Odds ratio (random) (95% CI)	Weight (%)	Odds ratio (random) (95% CI)
Harmful drug therapy					
Cardiac arrhythmia suppression trial 1996[w4]	23/505	0/69		13.34	6.77 (0.41 to 112.72)
University Group Diabetes Project 1970[w22] 1971[w18]	26/151	4/53		86.66	2.55 (0.85 to 7.68)
Total (95% CI)	656	122		100.00	2.90 (1.04 to 8.11)
Total events: 49 (good adherence), 4 (poor adherence)					
Test for heterogeneity: χ^2=0.43, df=1, P=0.51, I^2=0%					
Test for overall effect: z=2.03, P=0.04					
Beneficial drug therapy					
Coronary Drug Project Research Group 1980[w1]	106/708	88/357		12.11	0.54 (0.39 to 0.74)
Wei et al 2002[w5]	14/272	14/155		2.06	0.55 (0.25 to 1.18)
Cotter et al 2004[w6]	1/52	1/12		0.15	0.22 (0.01 to 3.72)
β blocker heart attack trial (men) 1990[w2]	14/1009	3/72		0.75	0.32 (0.09 to 1.15)
β blocker heart attack trial (women) 1993[w3]	11/242	2/23		0.49	0.50 (0.10 to 2.41)
Wei et al 2004[w7]	24/226	26/160		3.43	0.61 (0.34 to 1.11)
Canadian amiodarone myocardial infarction arrhythmia trial 1999[w8]	33/445	19/128		3.35	0.46 (0.25 to 0.84)
San Andres Rebollo et al 2004[w9]	69/197	300/753		11.39	0.81 (0.59 to 1.13)
Cohn et al 2002[w10]	8/585	2/41		0.49	0.27 (0.06 to 1.32)
Garcia de Olalla et al 2002[w11]	156/831	105/388		15.13	0.62 (0.47 to 0.83)
Grimwade et al 2005[w12]	12/743	27/545		2.56	0.31 (0.16 to 0.63)
Hogg et al 2002[w13]	62/955	44/327		7.29	0.45 (0.30 to 0.67)
Paterson et al 2000[w14]	0/23	1/58		0.12	0.82 (0.03 to 20.75)
Wood et al 2003[w15]	117/1067	76/355		12.04	0.45 (0.33 to 0.62)
Physicians health study 1994[w16]	89/6608	102/4396		14.80	0.57 (0.43 to 0.77)
West of Scotland prevention study 1997[w17]	66/2435	40/867		7.59	0.58 (0.39 to 0.86)
Howell et al 2004[w19]	24/654	14/215		2.65	0.55 (0.28 to 1.08)
Miura et al 2001[w20]	17/218	32/213		3.15	0.48 (0.26 to 0.89)
Dobbels et al 2004[w21]	9/84	2/17		0.46	0.90 (0.18 to 4.59)
Total (95% CI)	17 354	9082		100.00	0.55 (0.49 to 0.62)
Total events: 832 (good adherence), 898 (poor adherence)					
Test for heterogeneity: χ^2=14.34, df=18, P=0.71, I^2=0%					
Test for overall effect: z=10.54, P<0.0001					

0.1 0.2 0.5 1 2 5 10

Good adherence to drug therapy | *Poor adherence to drug therapy*

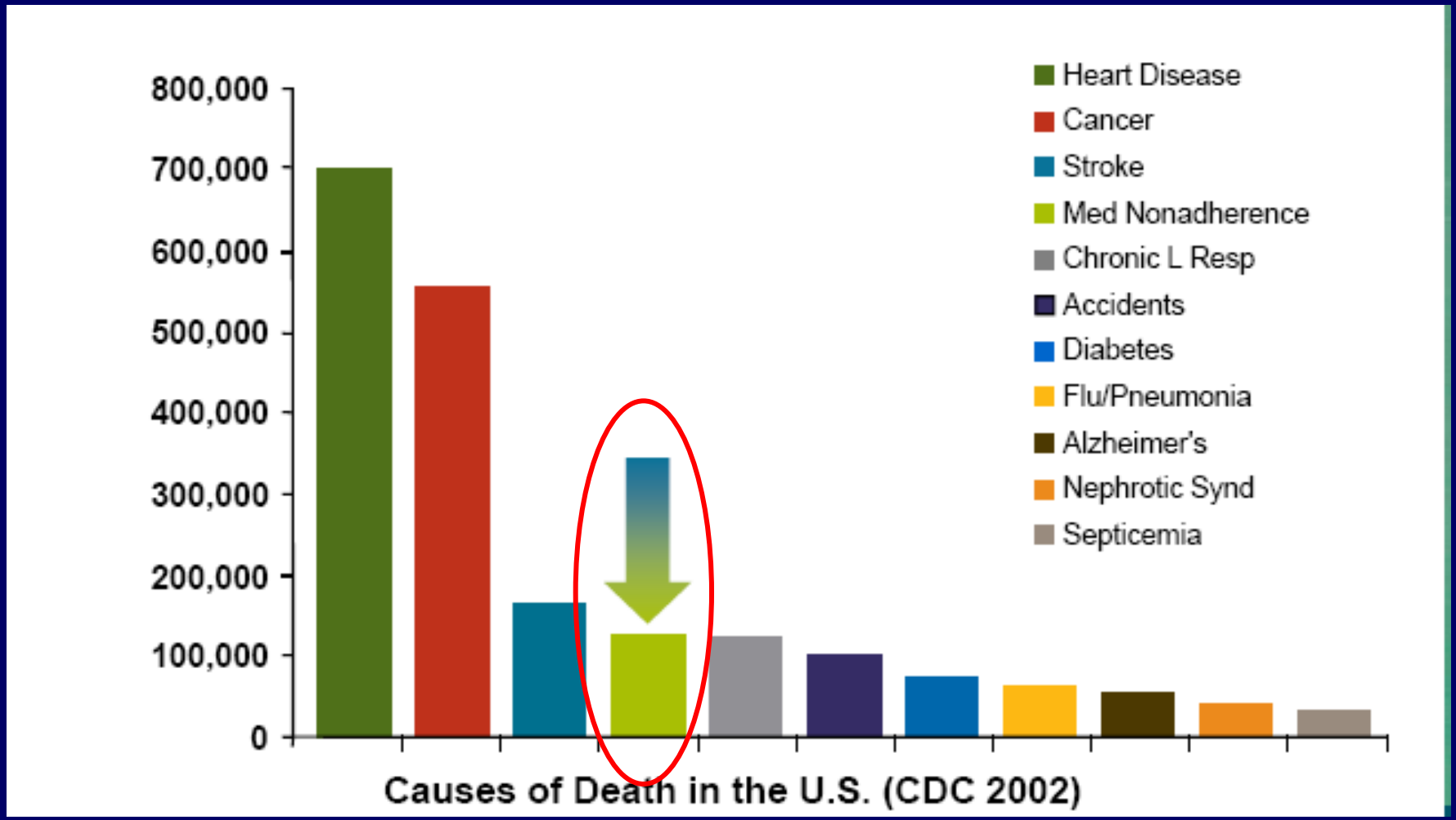
Fig 3 Association between adherence to harmful or beneficial drug therapy and mortality

21 estudios, 46847 pacientes

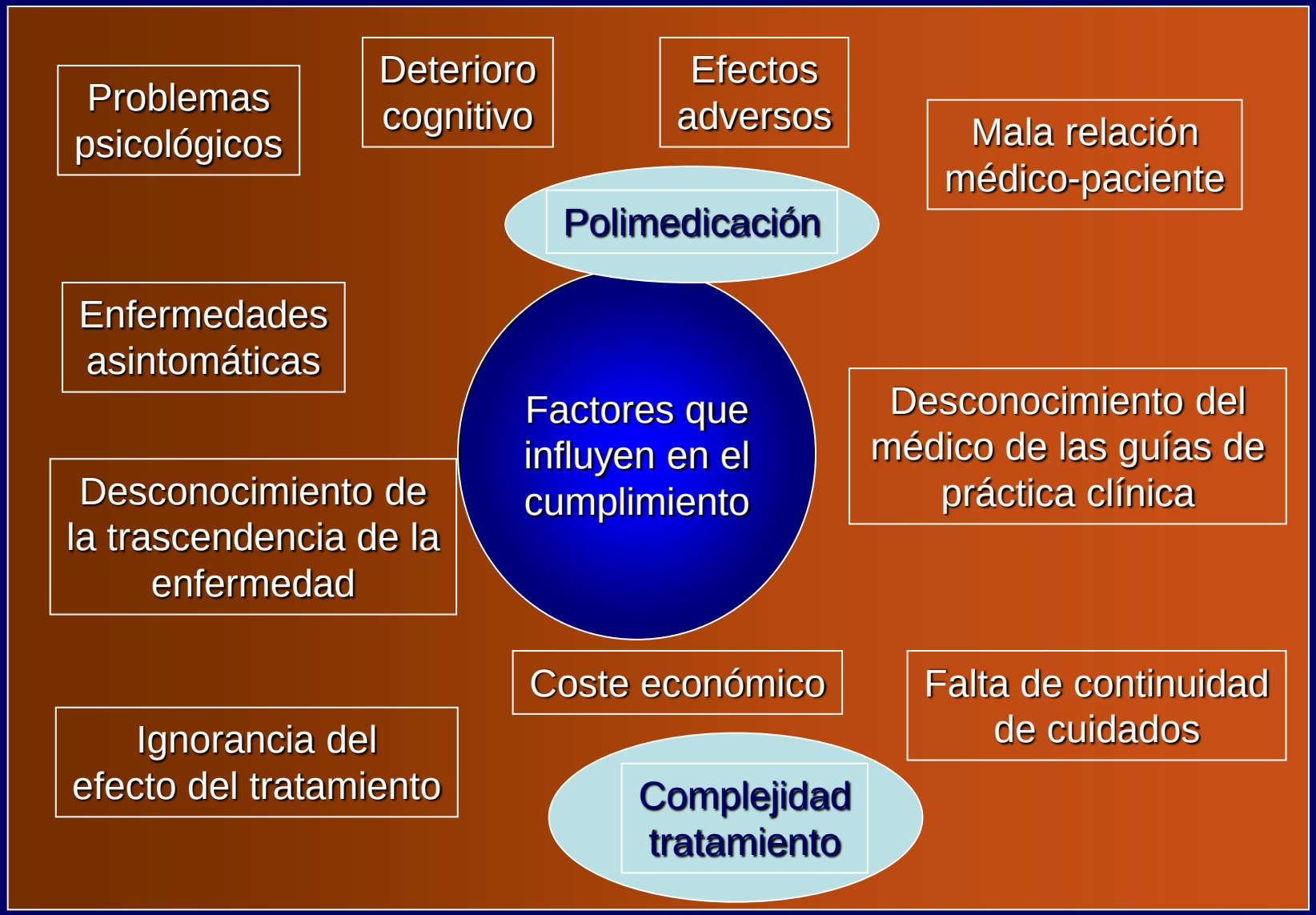
La mortalidad de los adherentes es la mitad de los no adherentes.

Simpson S.et al BMJ 2006

adherencia a la medicación en USA



Componentes de la adherencia



Osterberg L. N Engl J Med 2005; 353: 487.

Razones para la no adherencia a los tratamientos

Categoria de no adherencia	Desglose de causas
Sistema sanitario	• Baja calidad de la relación entre el paciente y el proveedor • Falta de comunicación • Falta de continuidad en los cuidados.
Enfermedad	• Asintomática (falta de recordatorios físicos) • Enfermedades mentales (p.Ej. Depresión)
Paciente	• Impedimentos físicos • Alteraciones cognitivas • Problemas psicológicos o de comportamiento • Jóvenes • Raza no blanca.
Tratamiento	• Complejidad de los tratamientos • Efectos adversos
Razones socioeconómica	• Analfabetismo; bajo nivel cultural; • Coste alto de las medicaciones • Falta de apoyo social.

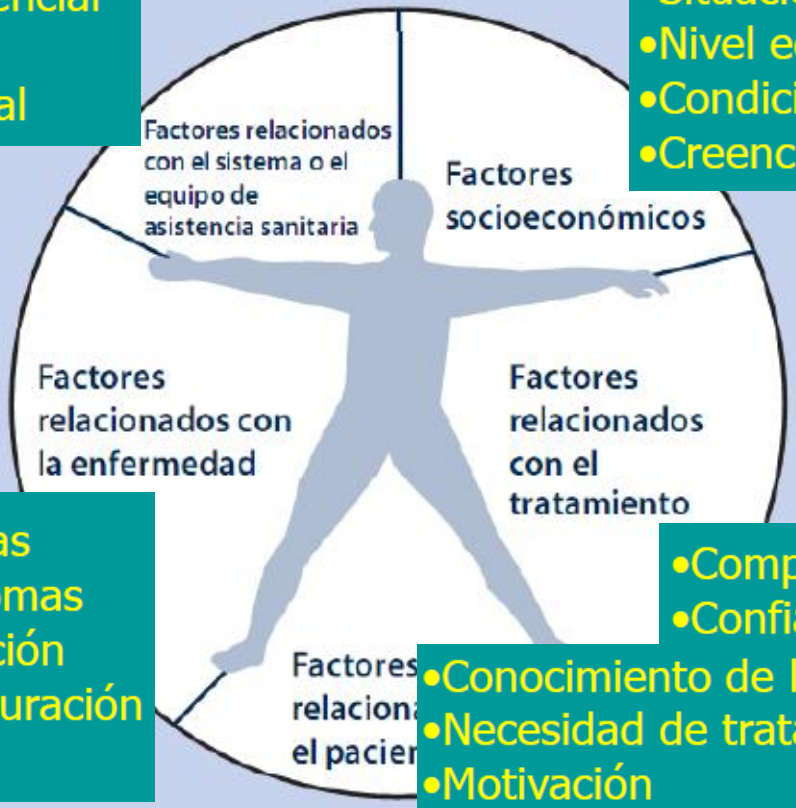
Ho et al. Circulation 2009;119 (23):3028-3035

Adherencia

Las cinco dimensiones de la adherencia terapéutica

- Confianza recíproca
- Continuidad asistencial
- Accesibilidad
- Satisfacción laboral

- Situación laboral
- Nivel educativo
- Condiciones de vida
- Creencias populares

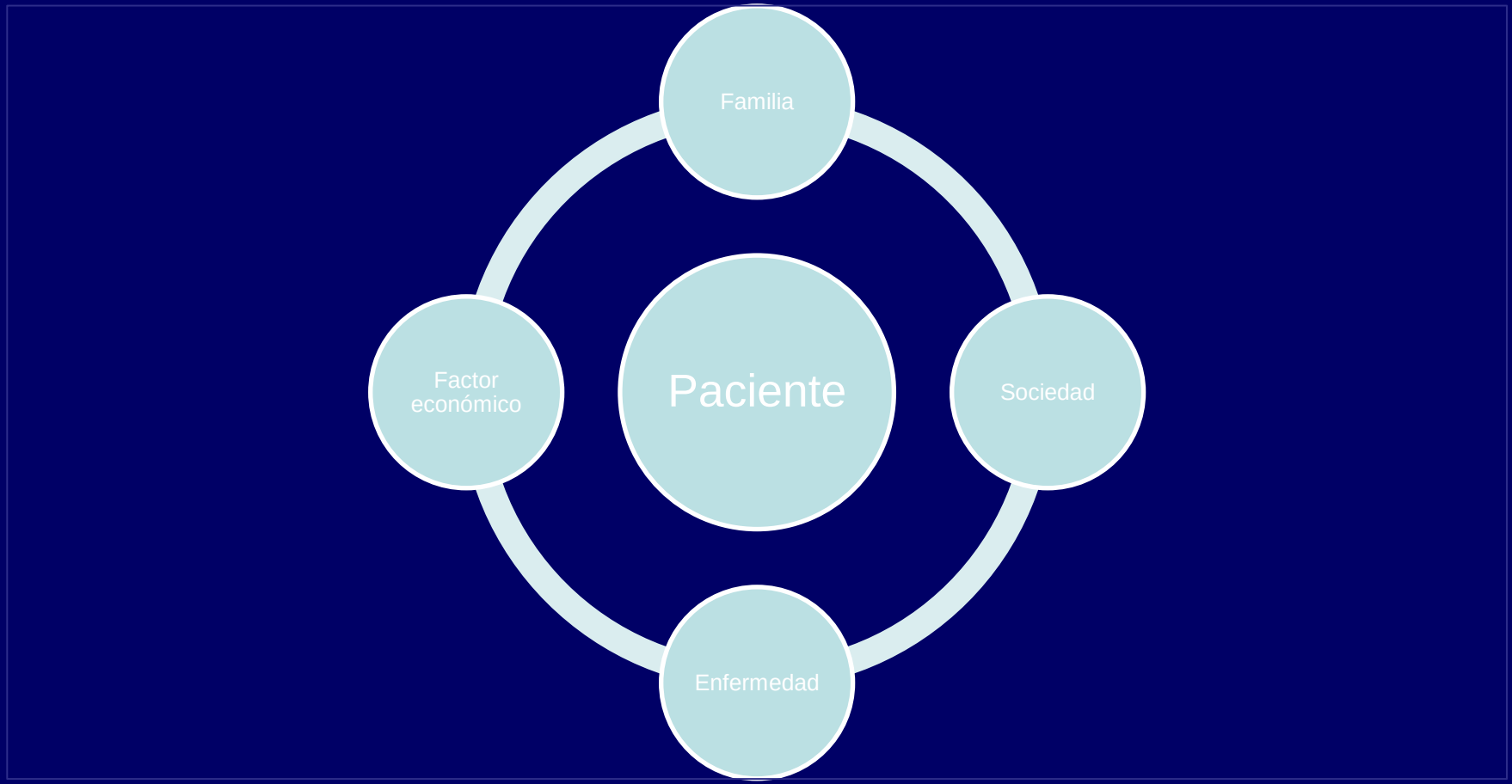


- Patologías crónicas
- Ausencia de síntomas
- Tiempo de evolución
- Expectativas de curación
- Aceptación

- Complejidad
- Confianza en efectividad

- Conocimiento de la enfermedad
- Necesidad de tratamiento
- Motivación
- Estado cognitivo y afectivo

¿Cuál es el ambiente que rodea a un paciente?



Los cuales influyen positiva y/o negativamente en el paciente para el logro de sus metas

Adherencia y pacientes

Características del paciente

- Edad
- Género
- Nivel educativo y económico
- Estabilidad y soporte familiar
- Conocimiento de la enfermedad
- Actitud hacia los cuidados de salud
- Convivencia

- Estabilidad mental
- Convicciones religiosas
- Historia de adherencia
- Creencia en eficacia del tratamiento
  - Apropiación de creencias
  - Asistencia a citas
  - Expectativas

Dhanuka PK, et al.. Compliance with cardiovascular drug treatment. In: Frishman WH, Sonnenblick EH, Sica DA, eds. *Cardiovascular Pharmacotherapeutics.* McGraw Hill; 2003:27.

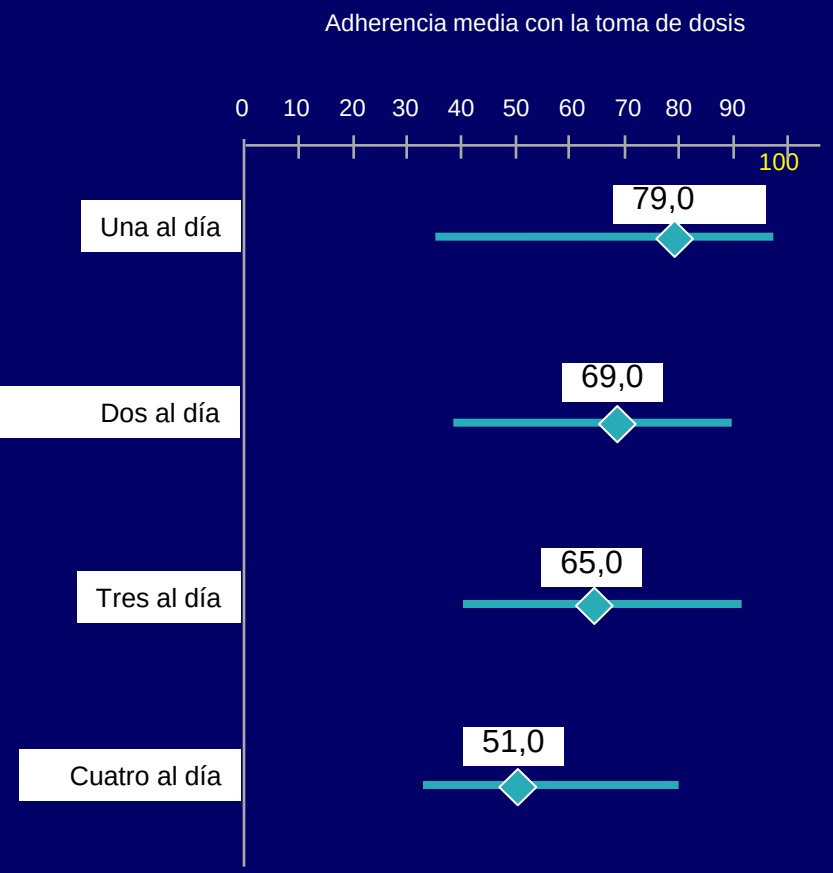
Adherencia y medicación

Características de la medicación

- ✓ Tipo
- ✓ Complejidad
- ✓ Empaquetado
- ✓ Cambios de estilo de vida necesarios
- ✓ Número de medicaciones
- ✓ Duración del tratamiento
- ✓ Efectos secundarios
- ✓ Costos

Dhanuka PK, et al.. Compliance with cardiovascular drug treatment. In: Frishman WH, Sonnenblick EH, Sica DA, eds. *Cardiovascular Pharmacotherapeutics*. McGraw Hill; 2003:27.

La falta de adherencia se relaciona con la polimedicación



Objetivo: Revisión de 76 estudios para evaluar la asociación entre las pautas terapéuticas y la adherencia (mediante monitorización electrónica) entre 1986-2000.

Variables:

Número de dosis ingeridas en relación a las prescritas.
Tiempo de toma de la dosis en relación a lo prescrito.

Resultados:

Nº de Dosis

La adherencia fue significativamente mayor:

- En la toma de dosis única diaria
  - en comparación con 3 veces al día ($p = 0.008$)
  - en comparación a 4 veces al día ($p < 0.001$)
- En la toma de 2 dosis al día frente a 4 dosis al día ($p = 0.001$)

Frecuencia de las dosis

Una pauta de dosificación más frecuente se asoció a menor adherencia.

Claxton. Clin Ther 2001;23(8):1296-1310

Los medicamentos no funcionan si los pacientes no se los toman

C. Everett Koop

Osterberg L et al N Engl J Med 2005;353(5):489-97

Relación médico-paciente

Los siete elementos principales para el éxito de la relación médico-paciente

Disease Management Outcomes Summit 2003

Falta de adherencia

Cómo detectar la falta de adherencia

- Métodos directos
  - Observación directa de las tomas
  - Determinación del fármaco o sus metabolitos
  - Determinación de sustancias trazadoras
- Métodos indirectos
  - Entrevista personalizada
  - Recuento de la medicación sobrante
  - Control de la dispensación
  - Métodos electrónicos

¿Como mejorar la adherencia ?

Intervenciones en la adherencia

Allan Peterkin . Practical strategies for practising narrative-based medicine. Canadian Family Physician 2012; 58: 63.

1. Haga preguntas abiertas
2. No interrumpa
3. Invite a sus pacientes a escribir sobre su enfermedad
4. Facilite la expresión de preocupaciones
5. Aprenda de las historias de sus enfermos
6. Busque una metáfora o una palabra clave
7. Vea la falta de adherencia como un bloqueo narrativo
8. Registre en la historia clínica
9. Cuide su lenguaje corporal
10. Examine sus suposiciones y estereotipos
11. Pregunte ¿qué está ocurriendo? o ¿qué no hemos revisado?

Intervenciones en la adherencia

Medication Adherence: WHO Cares?

Marie T. Brown MT, Bussell JK.

Mayo Clin Proc. 2011;86 (4):304-314

1. El 50% de los pacientes no toma la medicación
2. La adherencia no es un problema exclusivo del paciente
3. La mejora en la adherencia tiene un efecto en salud mayor que el efecto de la terapia
4. El comportamiento hacia la medicación es complejo y afecta al paciente, al médico y al proceso de atención
5. La identificación de la no adherencia es un reto y requiere técnicas de entrevista específicas
6. Las soluciones incluyen un ambiente favorable, la simplificación de la pauta terapéutica, la educación del paciente, la evaluación del conocimiento en salud, y atender a la falta de adherencia no racional.
7. Hay herramientas disponibles en la Web

Intervenciones en la adherencia

La Biblioteca Cochrane Plus
2011 Número 1 ISSN 1745-9990

INTERVENCIONES PARA MEJORAR EL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS

Liam G Glynn, Andrew W Murphy, Susan M Smith, Knut Schroeder, Tom Fahey

Esta revisión debería citarse como: Liam G Glynn, Andrew W Murphy, Susan M Smith, Knut Schroeder, Tom Fahey. Intervenciones para mejorar el control de la presión arterial en pacientes hipertensos (Revision Cochrane traducida). En: *Biblioteca Cochrane Plus* 2010 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2010 Issue 3 Art no. CD005182. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Efectos de las intervenciones: meta-análisis

Automonitorización	PAS: - 2.5 (IC: - 3.7 a – 1.3) mmHg PAD: - 1,8 (IC: - 2,4 a – 1,2) mmHg
Educación del paciente	Resultados heterogéneos
Educación del médico	Resultados heterogéneos
Atención por enfermera o farmacéutico	Resultados heterogéneos Más favorable
Intervenciones organizativas	Favorable
Recordatorio de citas	Favorable

Intervenciones en la adherencia

Revisión sistemática de 67 intervenciones para mejorar la adherencia (Biblioteca Cochrane Plus):

46% mejoraron el cumplimiento.

33% demostró mejoría significativa en los resultados clínicos.

Haynes RB et al La Biblioteca Cochrane Plus 2006

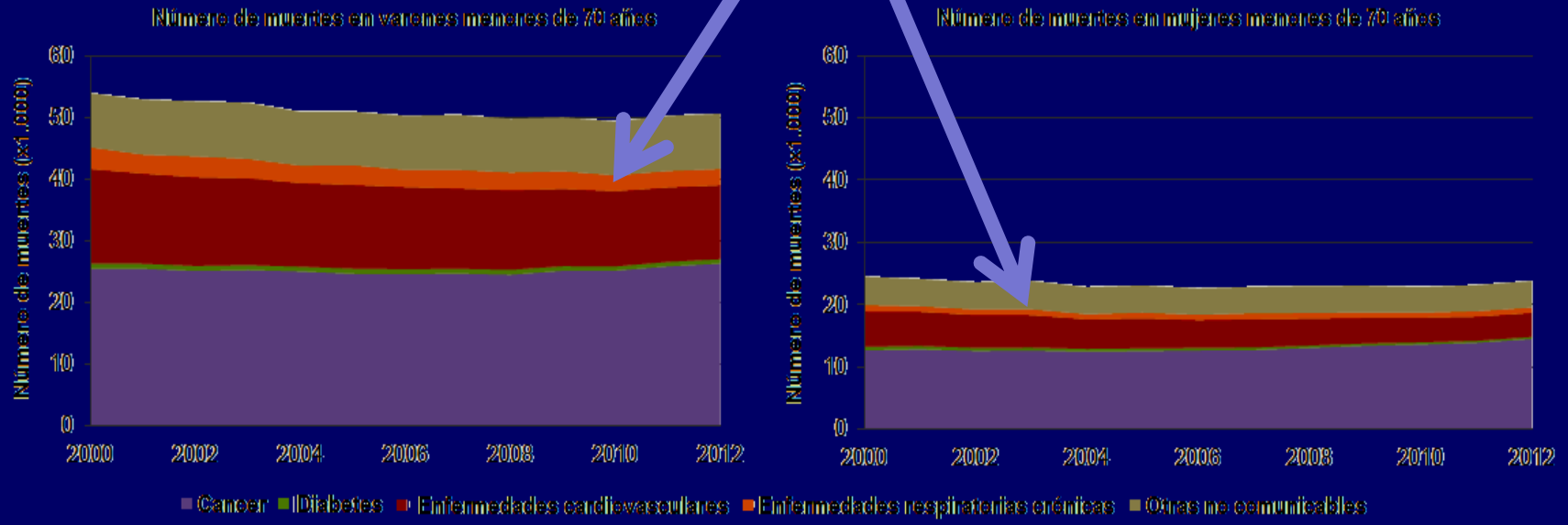
" Mejorar la adherencia puede tener un mayor impacto en la salud de la población que cualquier otra mejora específica de los tratamientos médicos "

Haynes RB *et al. Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD000011

Las enfermedades Cv como problema de salud pública

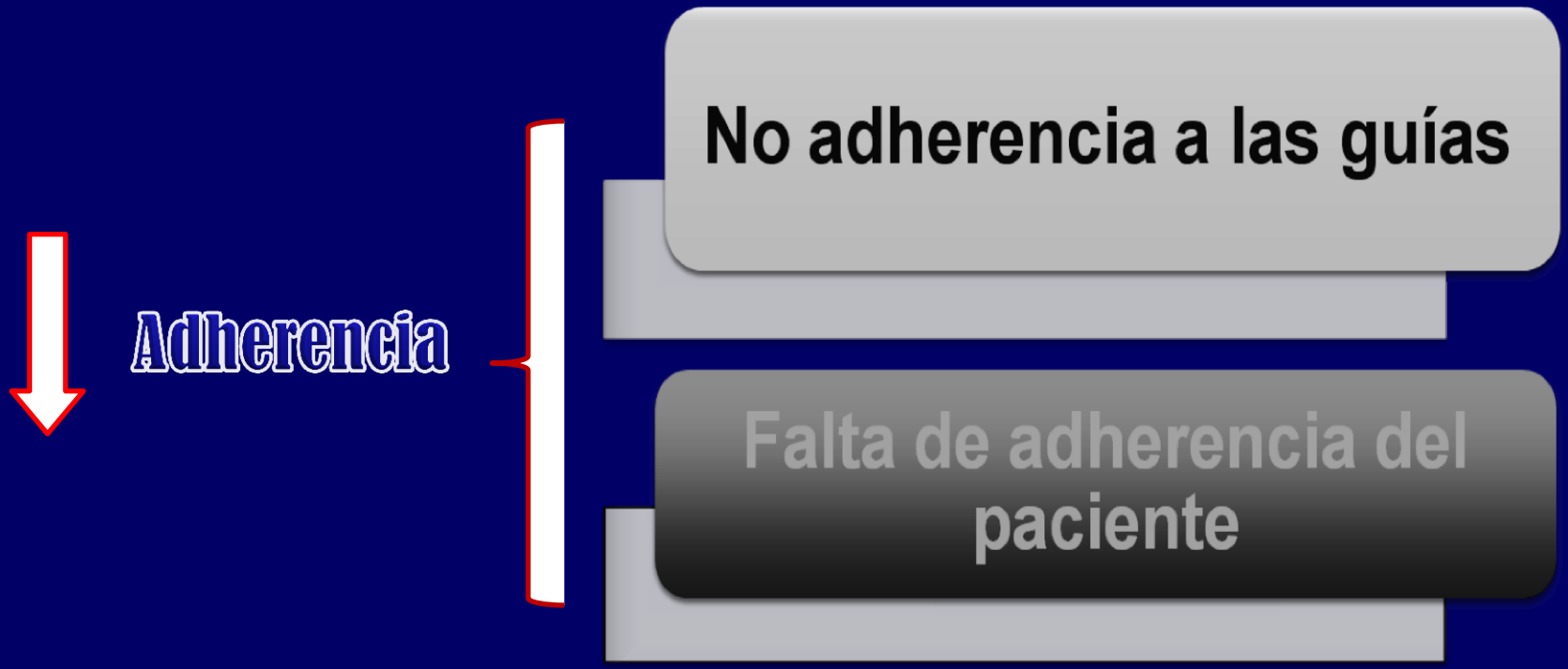
- **Responsable del 25% de muertes prematuras.**
- **La enfermedad coronaria y la cerebrovascular responsables del 60% de la mortalidad CV total.**
- **Elevado número de hospitalizaciones.**
- **Pérdida de años potenciales de vida.**

Después del cáncer, las ECV son responsables de la mayor incidencia de muertes en personas en edad productiva



•*WHO Office for Europe mortality. [En línea] 2014. http://data.euro.who.int/dmdb/*
•*Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según causa de muerte. 2012.*

Causas de falta de adherencia en prevención secundaria

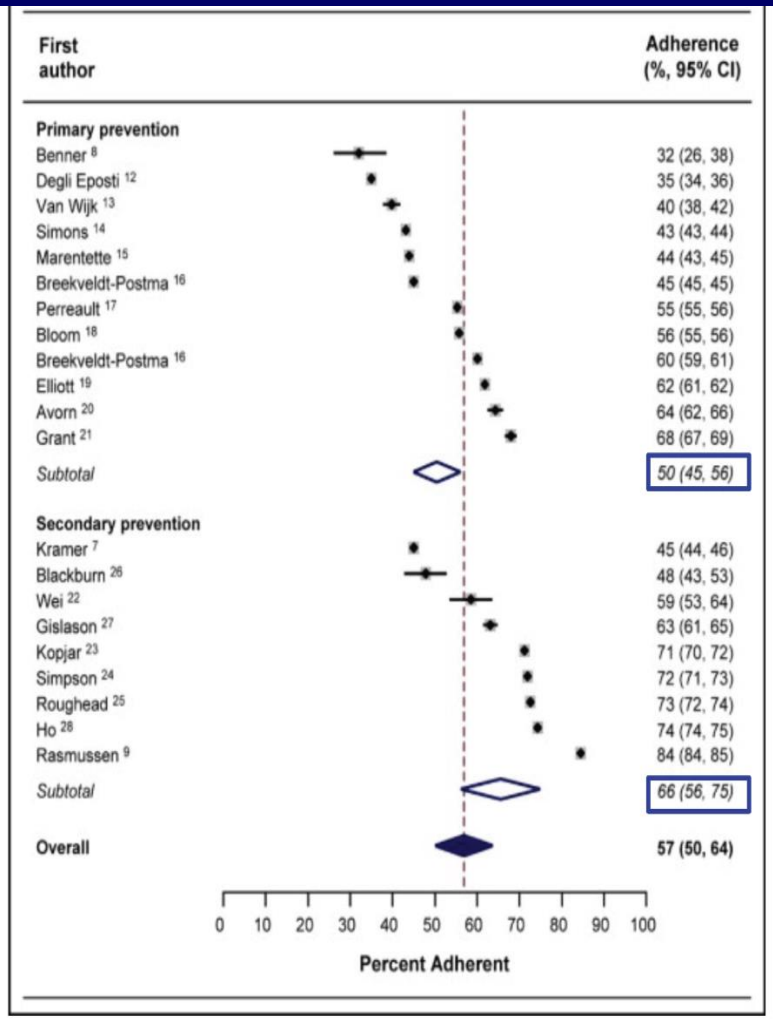


De las guías a la práctica clínica

A pesar del amplio consenso sobre cuáles son los fármacos más efectivos para la prevención secundaria de la Cardiopatía Isquémica y otras enfermedades arterioscleróticas vasculares, las recomendaciones no se aplican correctamente

Enfermedad CV y Adherencia

Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients

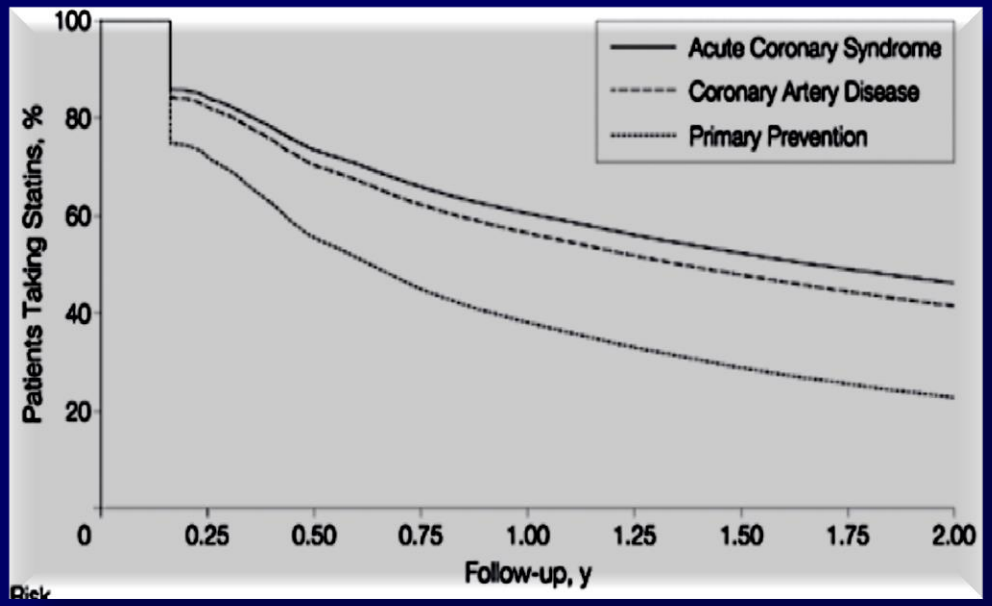


Baja adherencia tanto
en prevención 1ª como en 2ª
Independiente del tipo de fármaco.

Sayed H. Naderi , Jonathan P. Bestwick , David S. Wald
Adherence to Drugs That Prevent Cardiovascular Disease: Meta-analysis on 376,162 Patients.
American Journal of Medicine 2012; 125: 882 – 887.

La adherencia disminuye con el tiempo

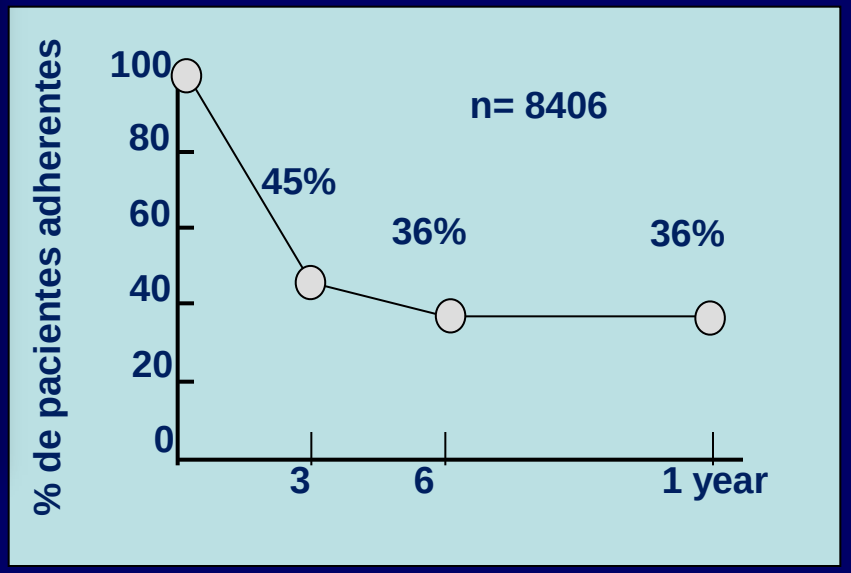
Adherencia a estatinas según el tiempo



n = 143.505, mayores de 65 años

Diseño: Estudio de Cohortes retrospectivo a partir de datos obtenidos de la base Protocare Sciences Manged Care desde 1997 a 2001.
Objetivo: adherencia a antihipertensivos e hipolipemiantes tras 1 año de seguimiento

Adherencia a antiHTA según el tiempo



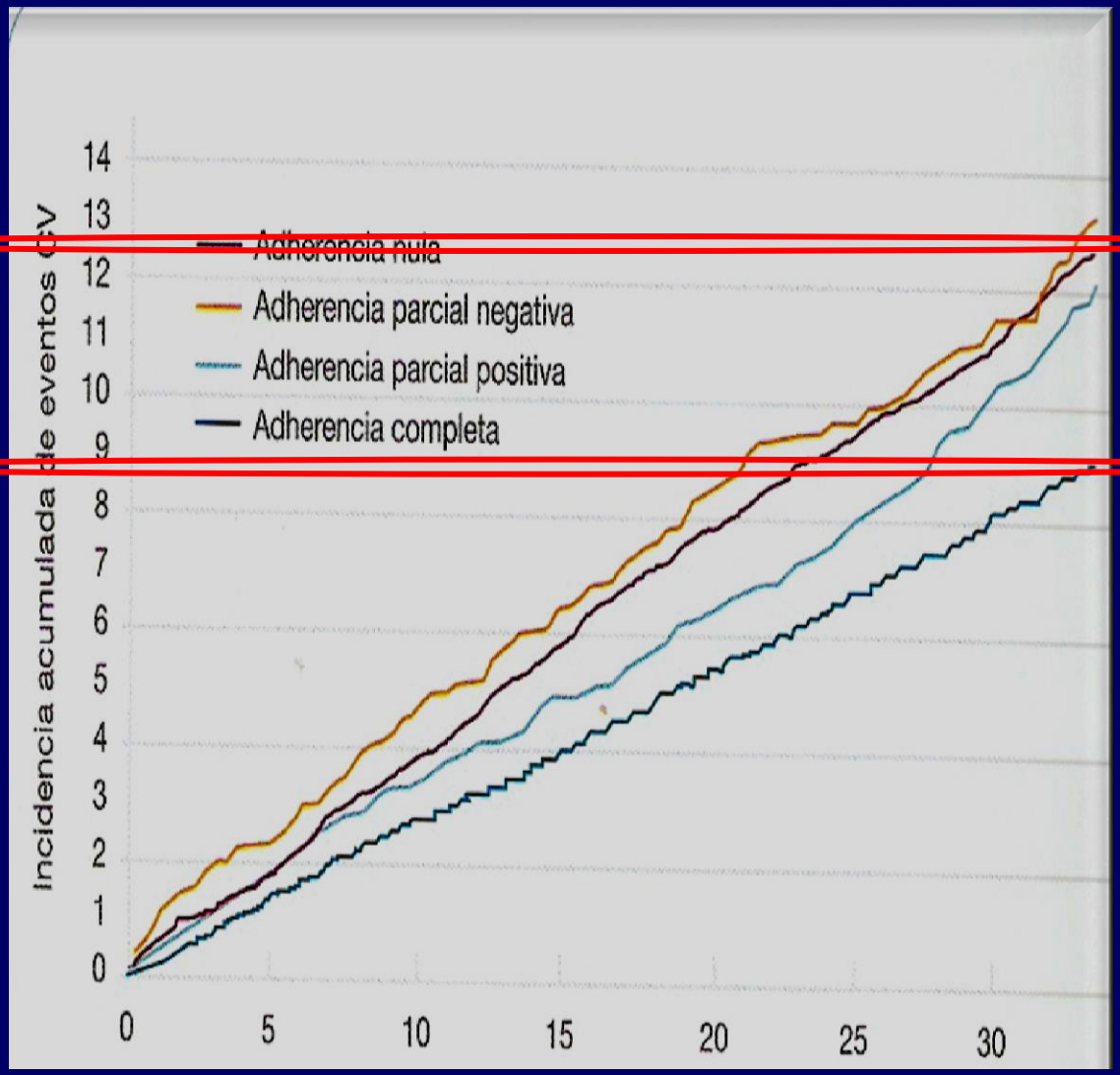
Pacientes no adherentes con ninguno de los 2 fármacos:

- **A los 3m: 27,4%**
- **A los 6 m: 35%**
- **A los 27 m: 39%**

Chapman Arch Inter Med 2005

Jackevicius CA. JAMA 2002;288:462-7.

Elevación del Nº de eventos CV en función de la adherencia



Tiempo en meses

Kumbhani 2013

Proyecto Manhattan
(Guías de práctica clínica en USA)

Cuantificación de los no adherentes a la medicación (guías de práctica clínica de Estados Unidos)*

	Edad ≥ 55 años (n = 2.554)			Historia de ECV (n = 592)		
	Recomendación	Uso real	%	Recomendación	Uso real	%
AAS	84,2	31,6	37,5	100	44,5	44,5
Antihipertensivos	60,1	47,8	79,5	69,3	61	87,8
Estatinas	63,7	37,3	58,6	88,3	57	64,6

AAS: ácido acetilsalicílico; ECV: enfermedad cardiovascular.

*NHANES, AHA, NHLBI-JNC-7, NHLBI-NCEP.

Porcentaje de pacientes, del total de los incluidos en las guías de práctica clínica de Estados Unidos, que se adhieren al tratamiento farmacológico prescrito (AAS, antihipertensivos o estatinas) en la prevención primaria (izquierda) o secundaria (derecha) de la ECV. El valor promedio de la adherencia a la medicación no sobrepasa el 60% y, en el caso concreto del ácido acetilsalicílico, no llega al 45%. Datos modificados a partir de Muntner et al[4].

Estudio PURE (Prospective Urban Rural Epidemiological Study)

Cuantificación de la adherencia a la medicación de los pacientes con cardiopatía isquémica/ACV en todo el mundo (n = 153.996)

Grupo farmacológico	Renta				Total
	Elevada	Media-alta	Media-baja	Baja	
Antiplaquetarios	62	24,6	21,9	8,8	25,3
Bloqueadores beta	40	25,4	10,2	9,7	17,4
IECA o ARA-II	49,8	30	11,1	5,2	19,5
Antihipertensivos	73,8	48,4	37,4	19,2	41,8
Estatinas	66,5	17,6	4,3	3,3	14,6

ACV: accidente cerebrovascular; ARA-II: antagonistas del receptor de la angiotensina II; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.
Todas las tendencias decrecientes desde las rentas más altas a las más bajas, $p < 0,0001$.
Porcentaje de pacientes de todo el mundo que se adhieren al tratamiento farmacológico en el contexto de la cardiopatía isquémica y ACV, clasificados según la renta media de sus países de residencia. Aunque la adherencia a la medicación está influida por el tipo de tratamiento/fármaco, existe una tendencia clara y significativa hacia una menor tasa de adherencia farmacológica a medida que disminuye la renta de los países donde residen los enfermos. Datos obtenidos del estudio PURE, Yusuf et al[5].

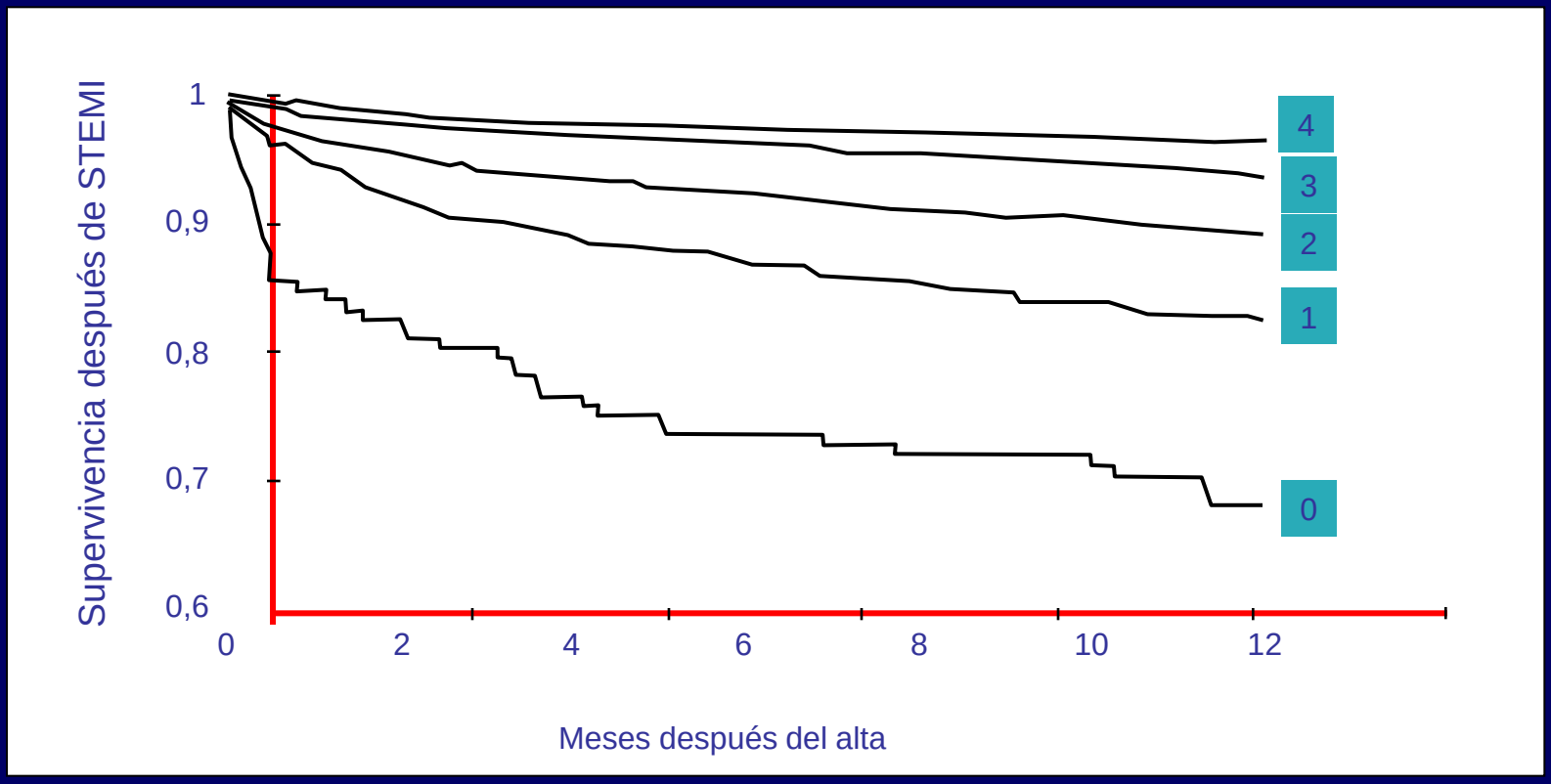
Prevención secundaria tras IAM.

Repercusión clínica de la falta de adherencia

Estudio MITRA
n = 6.067

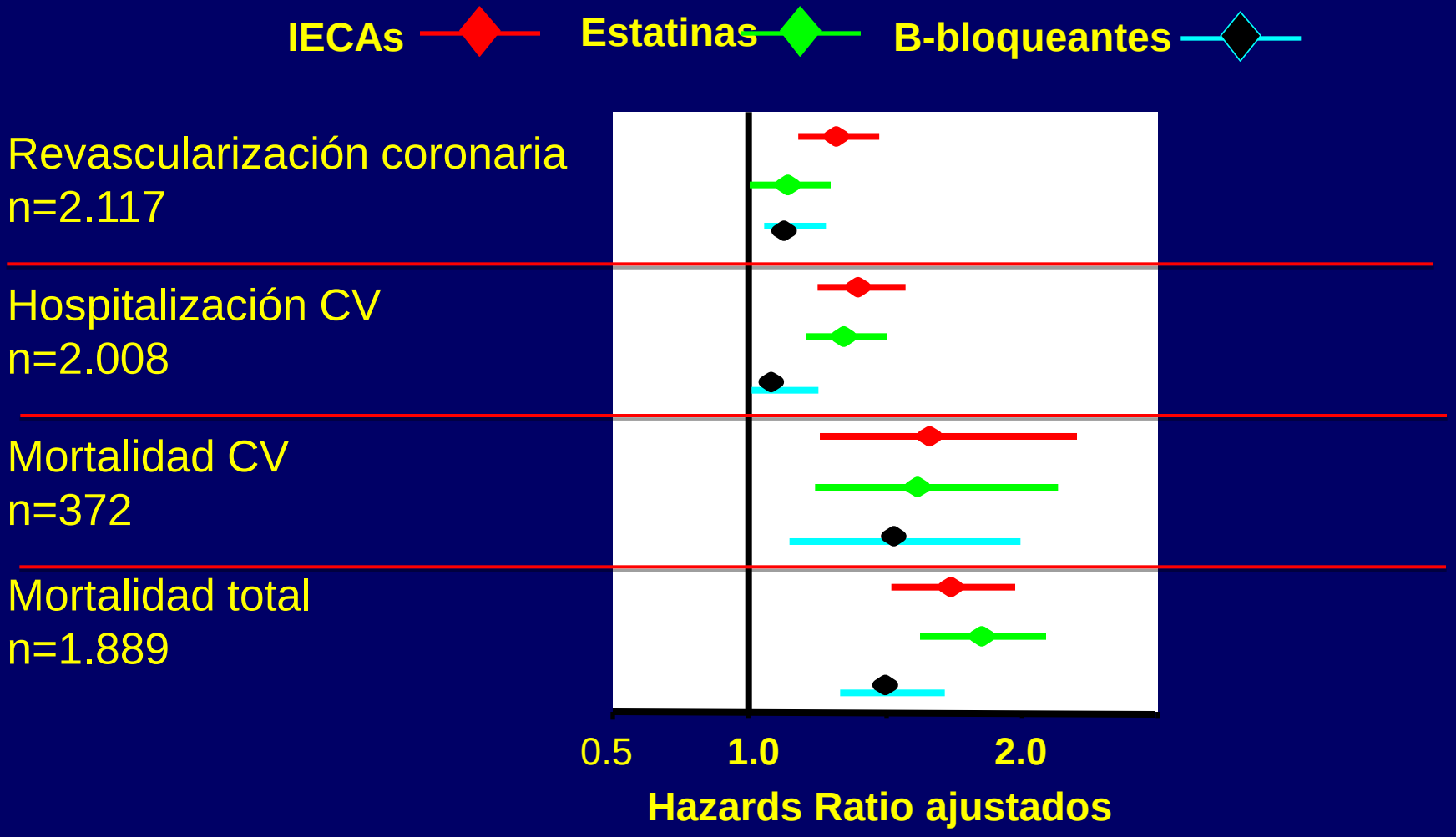
N

Medicaciones incluidas: Aspirina, beta-bloqueante, IECA y estatina



Sleight. Eur Heart J 2006; 27:1651-1656

La falta de adherencia a medicaciones cardioprotectoras se asocia a una mayor tasa de eventos en pacientes (15.567) con enfermedad coronaria: Seguimiento medio 4,1 años.



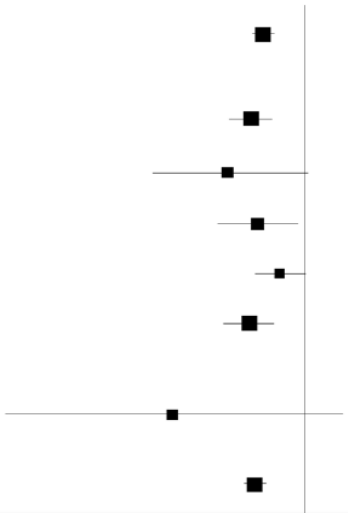
Ho et al. Am Heart J 2008; 155: 772.9.

Prevención secundaria tras IAM

Repercusión clínica de la falta de adherencia: Meta-análisis de 44 estudios con 1.978.919 participantes: 135.627 eventos CV y 94.260 muertes

Eventos cardiovasculares

	No. of studies	No. of participants	No. of CVD events	RR (95% CI)
(1) Adherence to statins	17	1,055,920	96,216	0.85 (0.81, 0.89)
(2) Adherence to antihypertensive agents	13*	552,143	36,186	0.81 (0.76, 0.86)
ACE inhibitors/Angiotensin receptor blockers	4	68,781	4643	0.75 (0.55, 1.01)
Beta-blockers	4	90,402	10,774	0.83 (0.71, 0.98)
Calcium channel blockers	1	9168	2249	0.91 (0.82, 1.01)
Multiple agents	7	443,264	22,714	0.80 (0.73, 0.89)
(3) Adherence to aspirin	3	15,253	2274	0.60 (0.31, 1.16)
(4) Adherence to any CVD medication	33*	1,615,126	135,627	0.80 (0.77, 0.84)



*For individual studies reporting data for more than one medication class the results for the different categorie
composite calculation.

20% incremento del RR de ECV

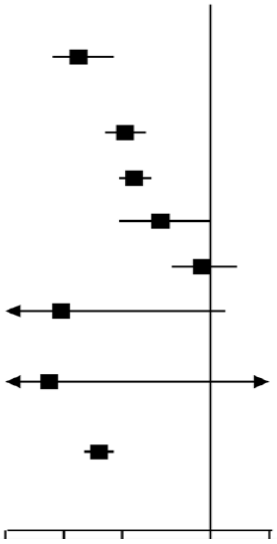
Chowdhury et al. Eur Heart J 2013

Prevención secundaria tras IAM

Repercusión clínica de la falta de adherencia: Meta-análisis de 44 estudios con 1.978.919 participantes: 135.627 eventos CV y 94.26 muertes

Mortalidad global

	No. of studies	No. of participants	No. of deaths	Proportion (95% CI)
(1) Adherence to statins	11	291,864	29,605**	0.55 (0.46, 0.67)
(2) Adherence to antihypertensive agents	11*	205,598	12,288**	0.71 (0.64, 0.78)
ACE inhibitors/Angiotensin receptor blockers	4	62,196	886**	0.74 (0.69, 0.80)
Beta-blockers	7	67,991	5,441**	0.83 (0.69, 1.00)
Calcium channel blockers	1	9168	2696	0.97 (0.87, 1.09)
Multiple agents	3	81,342	2978	0.49 (0.23, 1.05)
(3) Adherence to aspirin	3	12,980	1573	0.45 (0.16, 1.29)
(4) Adherence to any CVD medication	23*	533,381	94,126**	0.62 (0.57, 0.67)

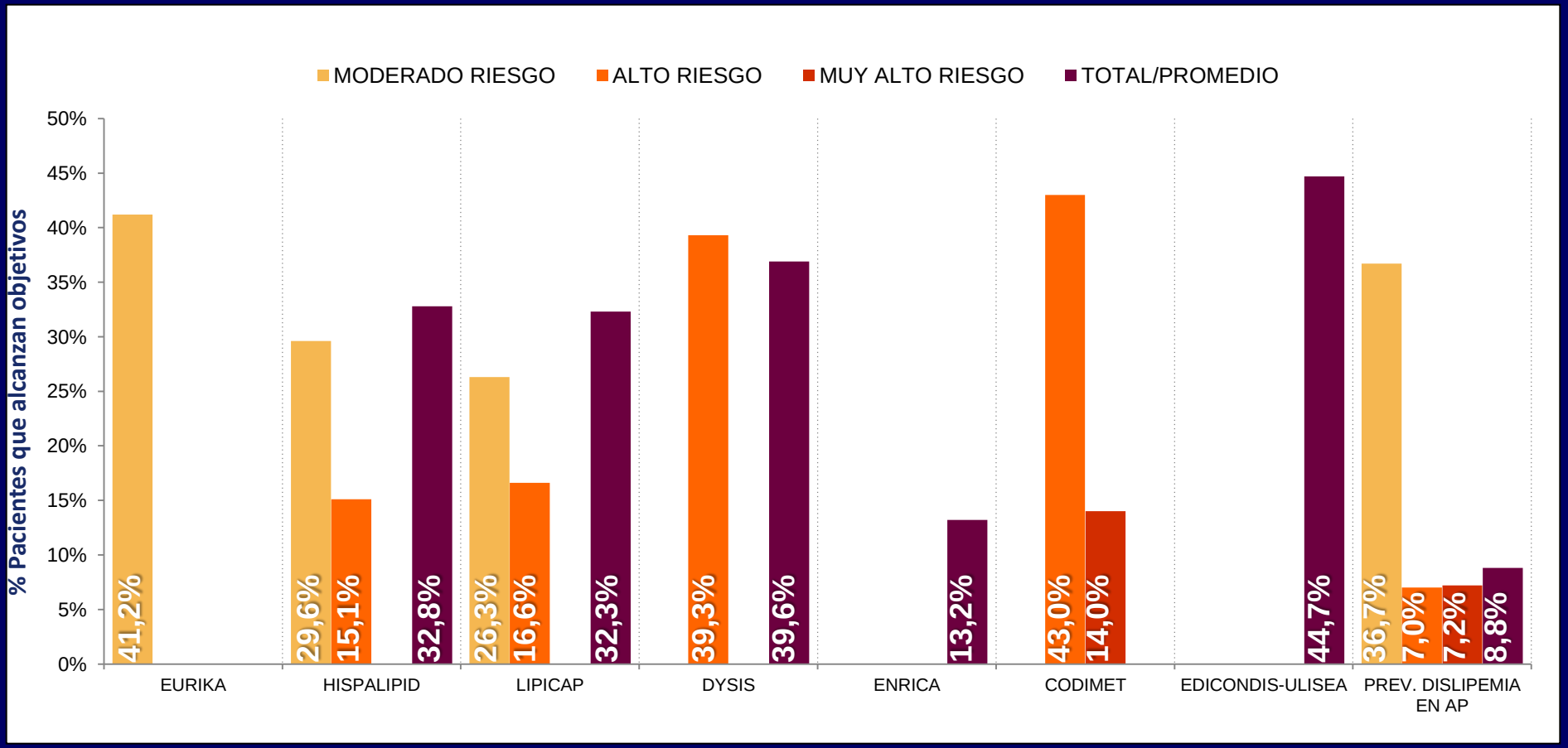


*For individual studies reporting data for more than one medication class the results for the different categ… the composite calculation; **Groups in which not all studies reported the number of deaths.

38% incremento del RR de mortalidad total

Chowdhury et al. Eur Heart J 2013

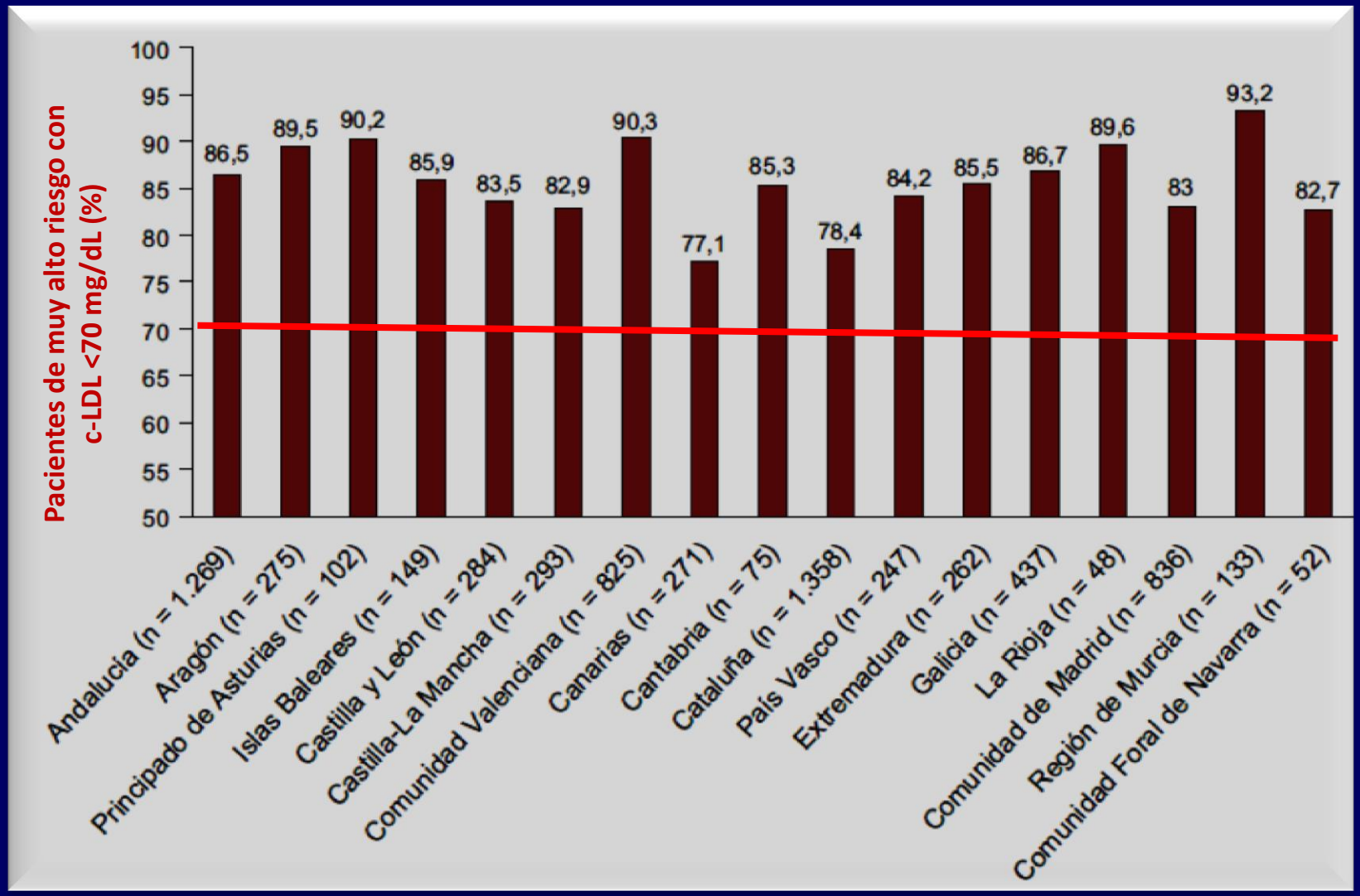
El grado de control de la dislipemia es bajo



EURIKA: Objetivo combinado de c-LDL Moderado: <115 mg/dl y CT<190mg/dl; LIPICAP: riesgo bajo: <160mg/dl, moderado:<130mg/dl, alto:<100mg/dl; ENRICA: c-LDL<130mg/dl y <100mg/dl en pacientes con DM o ECV; CODIMET: <100mg/dl y <70mg/dl; EDICONDIS-ULISEA: <100mg/dl con ECV o DM y <115mg/dl alto riesgo en prev primaria; PREVALENCIA DISLIPEMIA ATEROG. EN AP: moderado: <115mg/dl, alto<100mg/dl, muy alto <70mg/dl

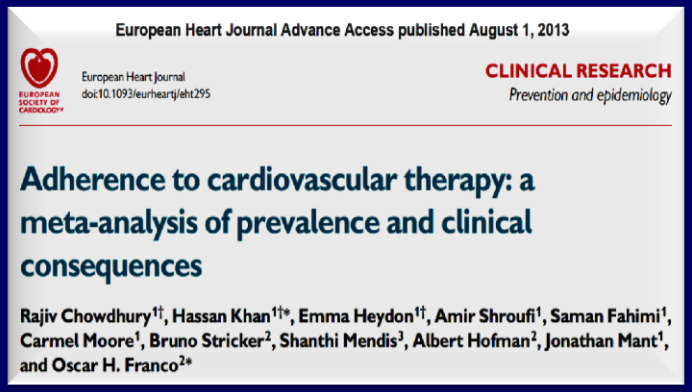
Gráfico realizado y adaptado de: *BMC Public Health* 2010;10:382. Atherosclerosis. 2006;188:420-4. Clin Invest Arterioscl. 2006;18:226-38. Rev Esp Cardiol. 2011;64(4):286-294. Rev Esp Cardiol. 2011;64:766-73. Rev Esp Cardiol.2012,;65:551-8. Rev Clin Esp.2012;212:475-81. Clin Invest Arterioscl. 2013;25:155-63. Clin Invest Arterioscl. http://dx.doi.org/10.1016/j.arteri.2014.04.002.

Un bajo porcentaje de pacientes alcanzan el objetivo de >70 mg/dl de LDL



- Pérez de Isla L, et al. Rev Esp Cardiol 2013;66(9):744–754

¿ Que beneficios tiene ser adherente?



European Heart Journal Advance Access published August 1, 2013

European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/eht295

CLINICAL RESEARCH
Prevention and epidemiology

Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences

Rajiv Chowdhury[1†], Hassan Khan[1†*], Emma Heydon[1†], Amir Shroufi[1], Saman Fahimi[1], Carmel Moore[1], Bruno Stricker[2], Shanthi Mendis[3], Albert Hofman[2], Jonathan Mant[1], and Oscar H. Franco[2*]

Revisión de estudios promovido por la ESC

Objetivos: determinar cómo la falta de adherencia influye en el riesgo relativo (RR) de ECV y de mortalidad por todas las causas.

- 44 estudios incluidos, 1.978.919 participantes que padecieron 135.627 eventos cardiovasculares y 94.126 muertes por cualquier **causa.**

- **Buena adherencia.** (≥80% de toma de medicación)

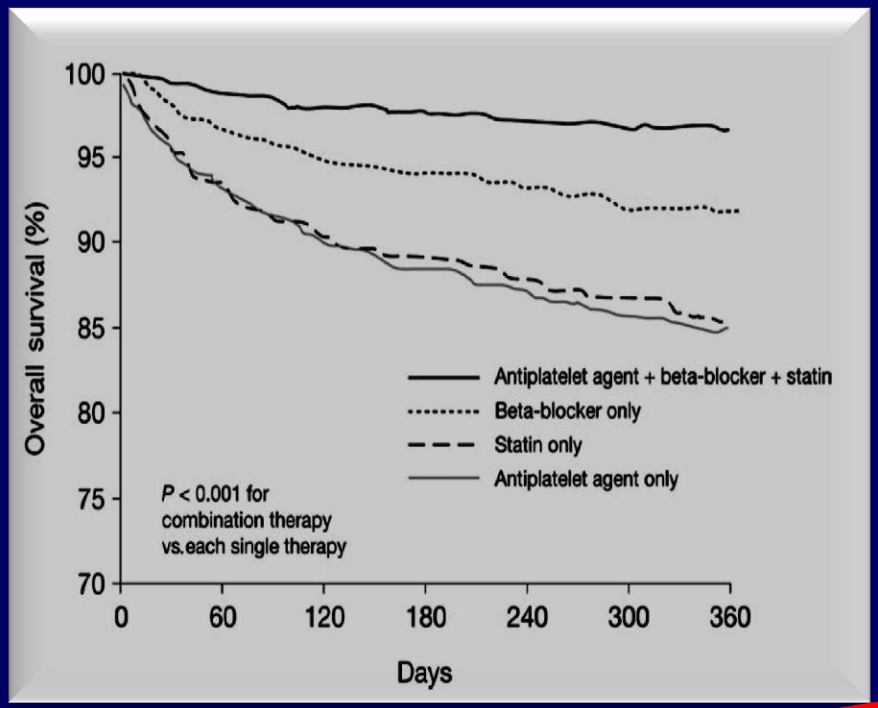
→ 20% disminución del riesgo de ECV.
38% disminución de mortalidad global

El 9,1% de todos los eventos son atribuibles a baja adherencia

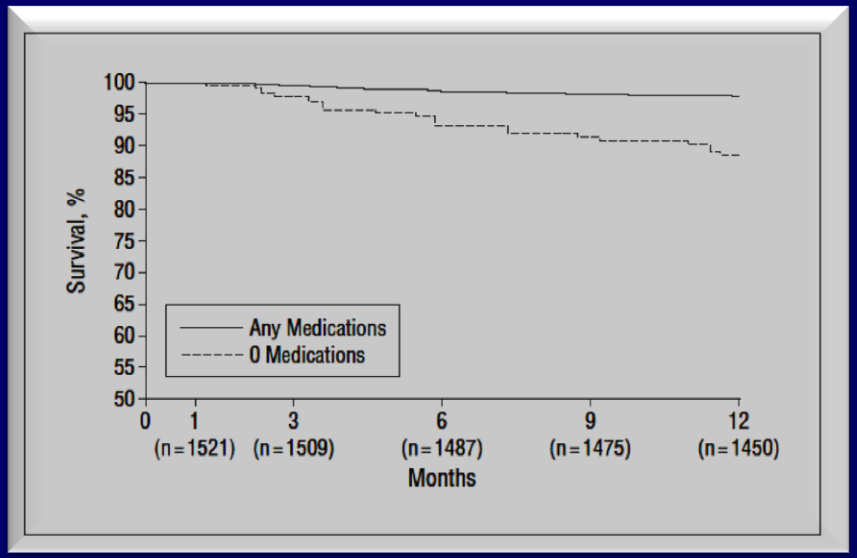
Chowdhury et al. Eur Heart J 2013

Beneficio de las intervenciones farmacológicas

■ Supervivencia al año de pacientes con IAM en función de los fármacos prescritos al alta. N= 2320



■ La supervivencia al año fue menor (88.5% vs 97.7%) en aquellos pacientes post-IM que abandonan la medicación al mes. N= 1521



Curva de supervivencia de Kaplan-Meier que compara los pacientes que abandonan el uso de 1 ó más medicaciones frente a los que al alta tomaban los 3 fármacos. (log-rank test p<0,001)

Al mes, un 33,7% de los pacientes había abandonado todo o parte del tratamiento

Danchin 2006, Ho 2006

Age-related medication adherence in patients with chronic heart failure: A systematic literature review.

A total of 1565 titles were found, and ultimately, 17 studies, which provide data for a total of 162,727 patients, were analyzed

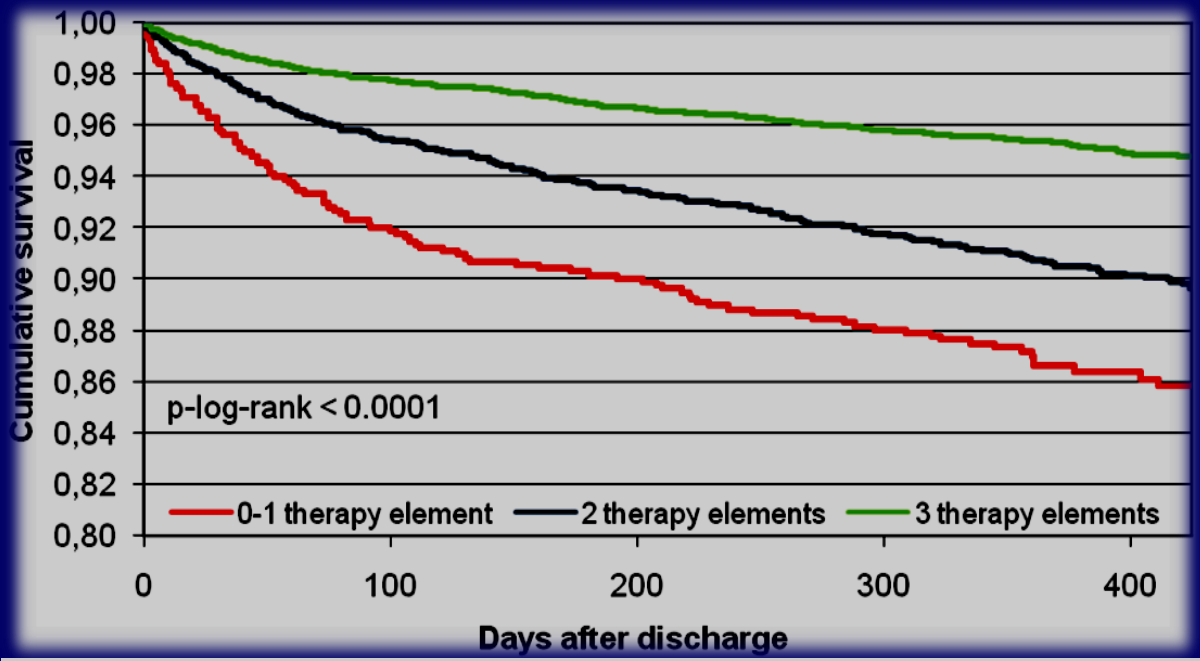
The results suggest that older age alone is not related to poorer medication adherence compared with younger patients with CHF. More attention should be paid to younger newly-diagnosed patients with CHF. Future studies are required to explore medication adherence in CHF in different, standardized, and specific age groups and should be sufficiently powered to assess clinical endpoints

Int J Cardiol. 2015 Mar 4;184:728-735

Krueger K1, Botermann L2, Schorr SG3, Griese-Mammen N2, Laufs U4, Schulz M5.

BATMAN

Mortalidad al año de tratamiento



3 fármacos

RRR = - 36 % 3 vs 2

2 fármacos

RRR = - 41 % 3 vs 0-1

0-1 fármacos

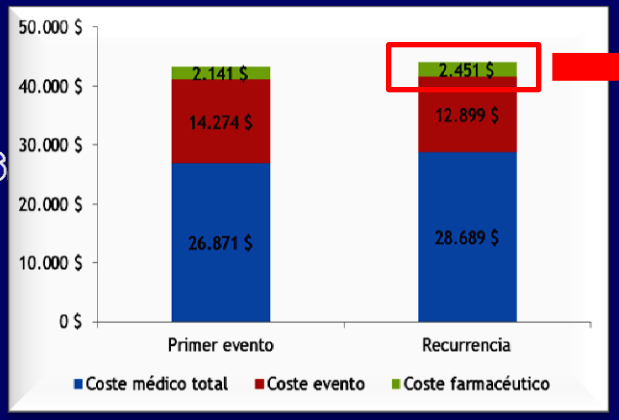
Global	0–1 drug (n = 752)	*P*-value*	OR* (95% CI)	2 drugs (n = 2986)	3 drugs (n = 6260)	*P*-value†	OR† (95% CI)
Death	13.6%	<0.0001	3.04 (2.40–3.86)	9.7%	4.9%	<0.0001	2.09 (1.77–2.47)
MACCE (death/MI/stroke)	16.8%	<0.0001	2.23 (1.80–2.75)	12.7%	8.3%	<0.0001	1.60 (1.39–1.84)

*0–1 versus 3 therapy elements, †2 versus 3 therapy elements.

Zeymer U et al Curr Med Res Opin.2011 Aug;27(8):1563-70

Adherencia y gasto sanitario

- Gastos atribuibles a episodios recurrentes de SCA > coste del primer evento. (Shetty 2008)
- El incremento del coste se debe a:
  - Número medio anual de rehospitalizaciones
  - Mayor estancia hospitalaria.
  - Alta probabilidad de una revascularización.



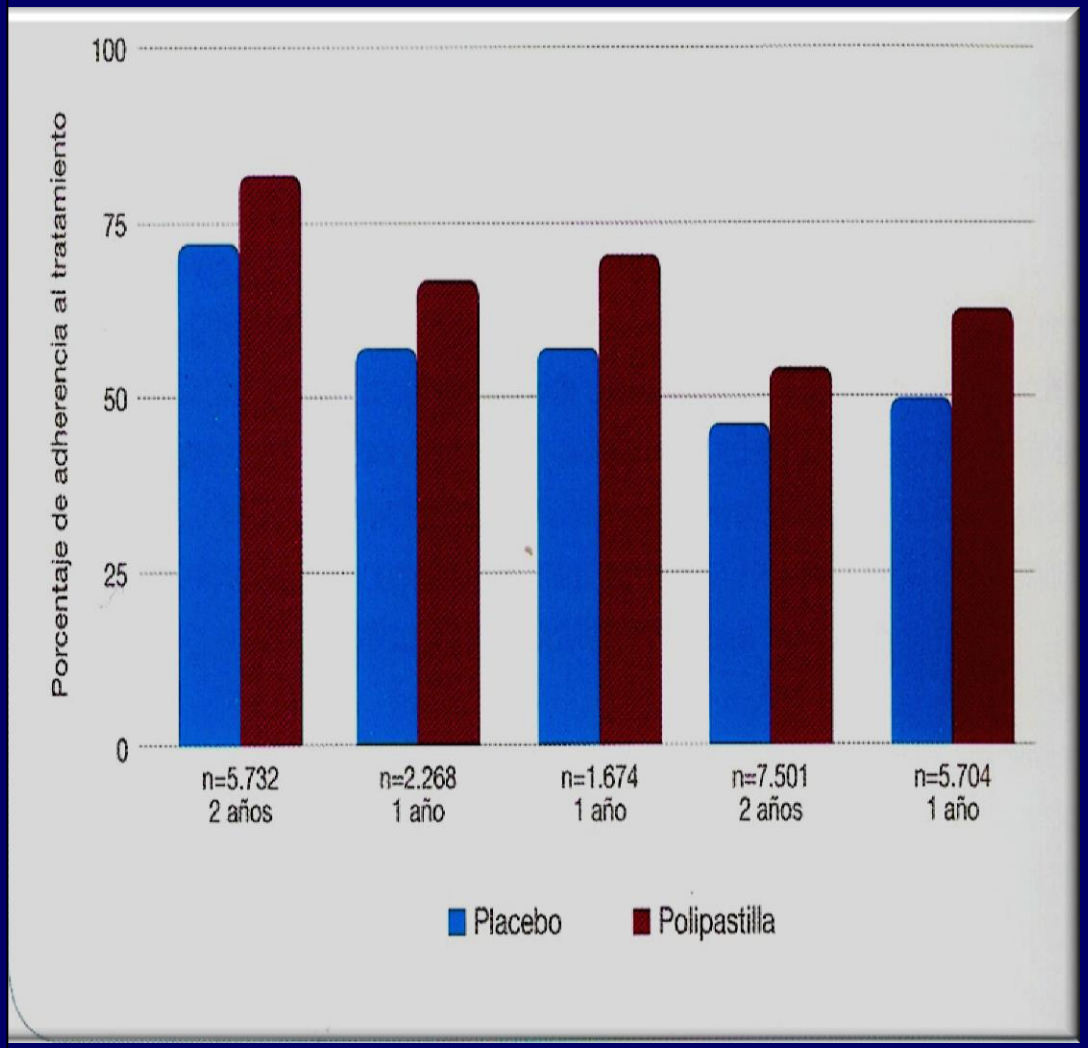
Coste por prescripción farmacéutica es constante

Los costes totales de la atención hospitalaria son más bajos en los pacientes adherentes a la prevención 2ª. (Bitton 2013)

Shetty 2008, Bitton 2013

En prevención cardiovascular los fármacos no hacen que el paciente se sienta mejor, evitan eventos

El uso de 2 medicamentos antiHta combinados mejoran la adherencia

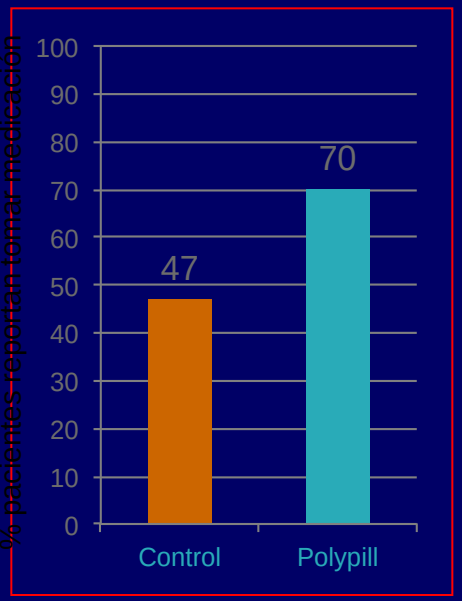


Fuster, et al Rev Esp Cardiol 2011
Bangalore 2007, Dikson 2008

Ensayos clínicos con polipíldoras y su efecto sobre la adherencia

Kanyini GAP

RR=1,49

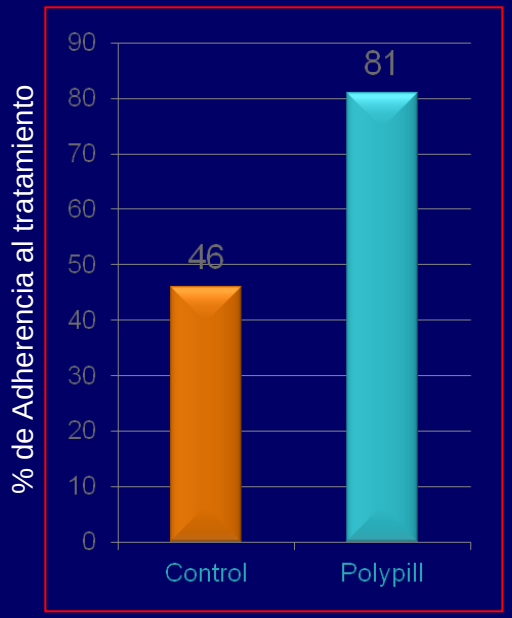


- Seguimiento medio: 18 meses
- n=623
- Primaria + Secundaria
- Pacientes que toman una u otra medicación durante los 4 días anteriores

Patel et al. *Eur J Prev Cardiol*, 2014 Mar 27

IMPACT

RR=1,75

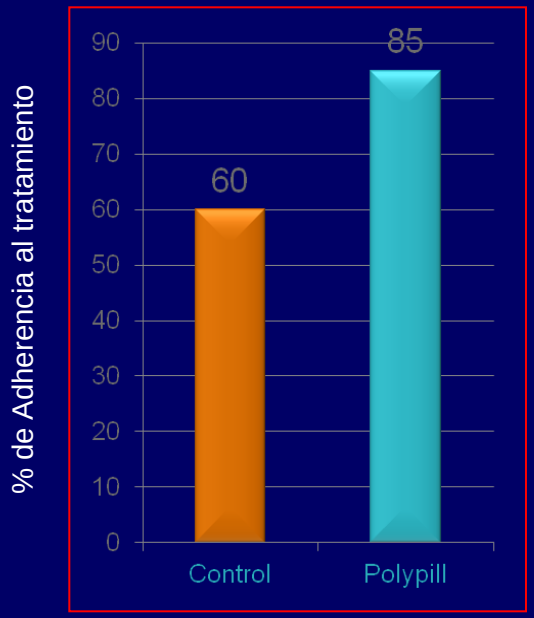


- Seguimiento medio: 12 meses
- n=497
- Primaria
- Nombre y dosis reportadas por paciente

Selak et al. *BMJ* . 2014; 348:g3318

UMPIRE

RR=1,33



- Seguimiento medio: 15 meses
- n=2004
- Primaria + Secundaria
- Reportado por paciente, nº días que toman medicación la semana previa

Thom et al. *JAMA*. 2013;310:918

Conclusiones

.- **La falta de adherencia terapéutica es un problema de salud pública de 1ª magnitud, con una prevalencia media del 50%.**

.- **Cualquier estrategia de intervención, en orden a maximizar su eficacia debería incidir en no culpabilizar al paciente, el fortalecimiento de la confianza con el personal sanitario y la simplicidad de las intervenciones entre otras.**

.- **No se puede establecer que tipo de intervención es la mas efectiva y no se ha demostrado que ninguna intervención, aislada o en su conjunto, sea eficaz en todos los pacientes.**

.- **La combinación de diferentes estrategias es la "mejor estrategia", y ésta debe de ser individualizada para cada paciente y su patología.**

.- **La opción de las "polipill" son de las estrategias mas eficaces.**

"Si la no adherencia a la medicación fuera una enfermedad, estaríamos ante una epidemia"

Anónimo

GRACIAS !!!