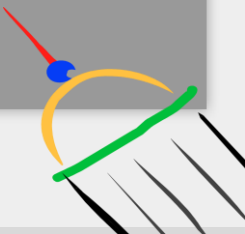




Adherencia al tratamiento de las enfermedades cardiovasculares en 2019

Gonzalo Barón y Esquivias.
Servicio de Cardiología
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Sevilla



BRAUNWALD

TRATADO
DE
CARDIOLOGIA

5ª. Edición



VOLUMEN I



BRAUNWALD

TRATADO
DE
CARDIOLOGIA

5ª. Edición



VOLUMEN II



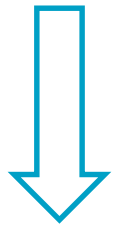
THE HEART

J. Willis Hurst

With Francis L. Engle
Charles E. Kahlberg
Robert C. Schmitt
Edward D. Sonnenblick
Reviewed by William
Francis Foye, M.D.

Sixth
Edition



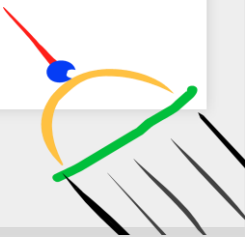


Adherencia

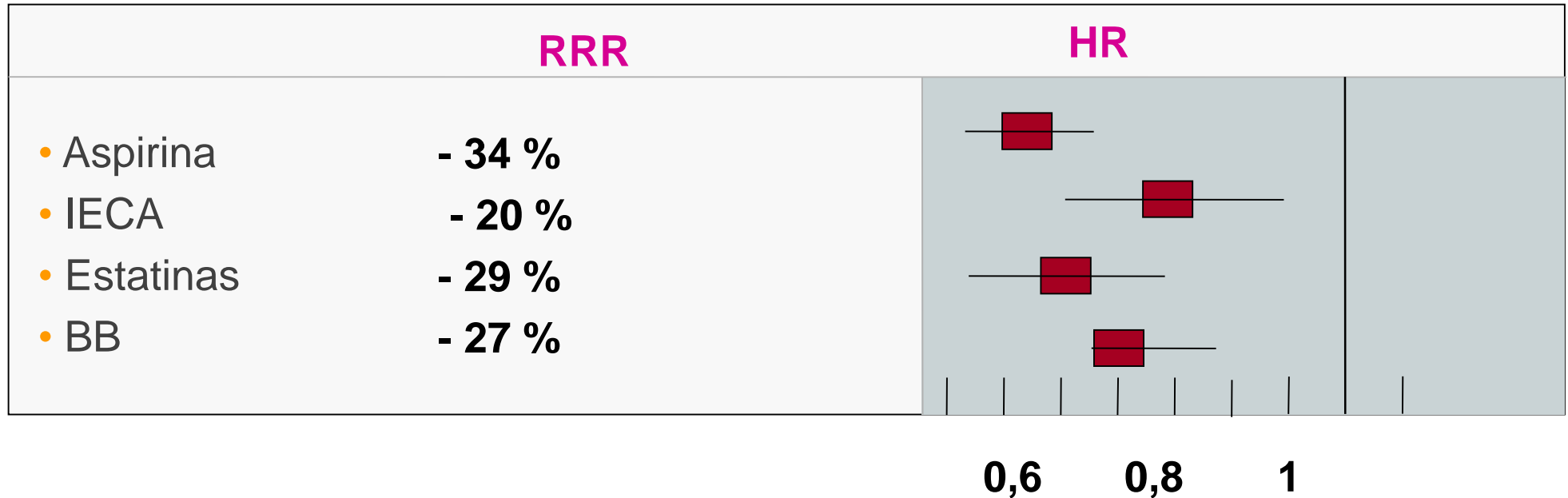


**Falta de adherencia del
paciente**

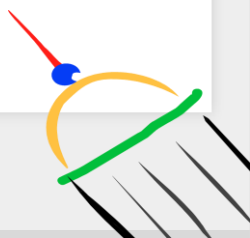
No adherencia a las guías



Beneficio de las intervenciones farmacológicas



Estos cuatro medicamentos constituyen la base de la prevención CV secundaria post IM



La falta de adherencia en cifras

El **24%** de los pacientes **no cumplen el tratamiento 7 días después del alta** tras un infarto de miocardio¹



El **34%** de los pacientes **interrumpe el tratamiento de al menos 1 de los fármacos y el 12% el de los 3 fármacos, en el primer mes** posterior al alta hospitalaria¹

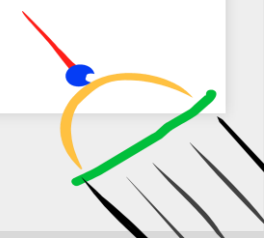


Un 20% de los pacientes crónicos no inicia el tratamiento prescrito

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

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

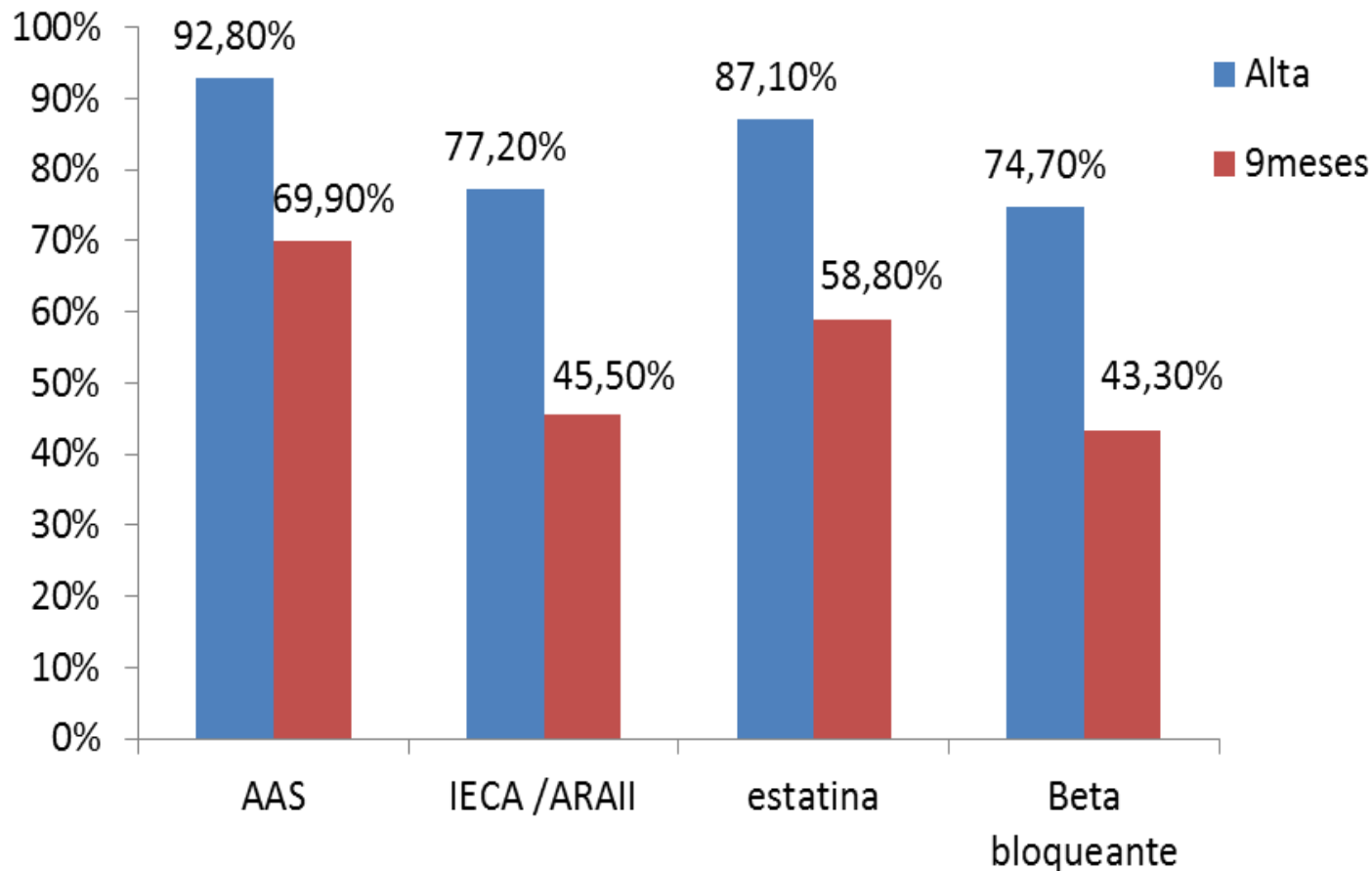
¹Jackevicius CA. JAMA 2002;288:462-7.



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)



Adherencia en la Hipercolesterolemia

CIFRAS ALTAS... Y EN AUMENTO

Eventos cardiovasculares año/ en España



108.000

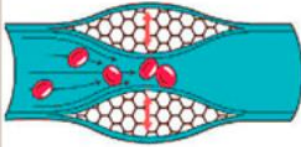
Infartos y anginas de pecho



120.000

Ictus

El colesterol



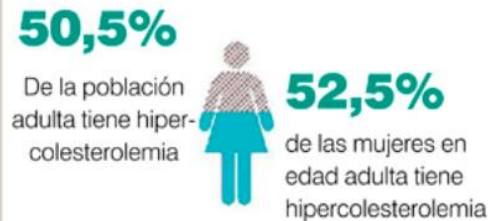
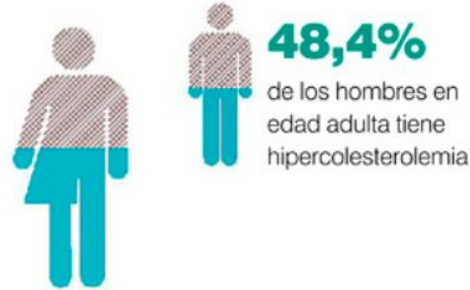
Existen dos tipos de colesterol:

- El colesterol LDL o "colesterol malo"
- El colesterol HDL o "colesterol bueno"

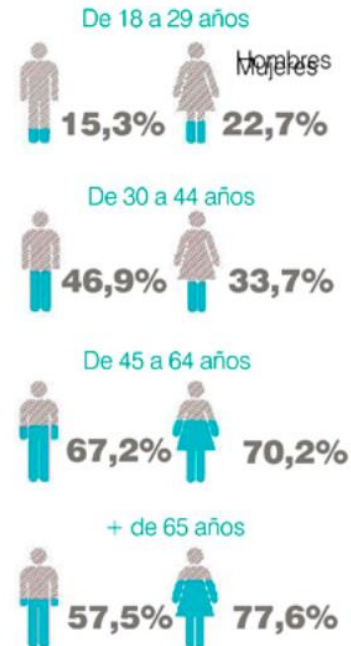
Colesterol alto o Hipercolesterolemia = CT (colesterol total) > 200 mg/dl

PREVALENCIA EN LA HIPERCOLESTEROLEMIA EN ESPAÑA

Por sexo



Por edad



POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS



Niveles más elevados

Galicia
Canarias
Extremadura
Región de Murcia

Niveles menos elevados

País Vasco
Navarra
Madrid
Comunidad Valenciana

Fuente: Sociedad Española de Cardiología (SEC) y Fundación Española del Corazón (FEC)

Factores que contribuyen a la falta de adherencia en HTA

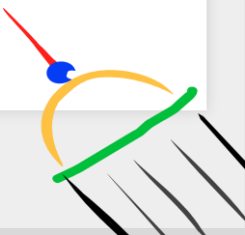
- Factores más importantes que contribuyen a la poca adherencia en la HTA

- **Asintomática** (al menos en las 1^{as} etapas)
- **Persistente** durante toda la vida del individuo



- Otros factores implicados en la falta de adherencia

- **Factores demográficos** como la edad y la educación (nivel socio-económico bajo, analfabetismo, desempleo)
- **Entendimiento y percepción** de la HTA por parte del paciente (aceptación de la enfermedad, percepción del riesgo sobre la salud, preocupación de las ventajas y desventajas del tratamiento., participación activa en el manejo de la enfermedad)
- **Modo de suministrar el tratamiento** por los profesionales de la salud (falta de conocimiento, tiempo inadecuado, falta de incentivos, falta de feedback)
- **Relación paciente-profesional sanitario** (empática, actitud no crítica hacia el paciente, disponibilidad, comunicación e interacción de calidad)
- **Influencias por parte del sistema de salud** (deben fomentar la adherencia, precios asequibles, abastecimiento adecuado)
- **Tratamiento farmacológico** (pautas de tratamiento antihipertensivo complejas, tolerabilidad, costes, duración)



Impacto por la falta de adherencia en la ECV

Cálculos con datos españoles¹

Modelo del impacto socio-económico de la adherencia al tratamiento en España en la ECV:

- ✓ Relación logarítmica adherencia-efectividad (aumento del 60 al 70% de adherencia-baja 6,7% eventos CV y muertes)
- ✓ 56% de adherencia al tratamiento CV
- ✓ 44% de los pacientes no son adherentes (coste de oportunidad)
- ✓ Sólo se cuantifican los gastos sanitarios directos (fármacos y atención médica)
- ✓ También conlleva costes indirectos asociados (falta de rendimiento en el trabajo)

La **prevención 1^{aria} y 2^{aria}** es más coste-efectiva que las intervenciones por eventos CVs mayores

Tabla 15. Costes de los diferentes estados de salud para ciclos de 3 meses

Costes asociadas a cada estado (€)	
	Coste (€)
Prevención secundaria	305
Prevención secundaria tras segundo evento	366
Insuficiencia cardiaca	3.676
Ictus	4.445
Angina de pecho	4.591
Trastornos circulatorios excepto infarto agudo de miocardio con cateterismo y diagnóstico complejo	8.191
Muerte por causa cardiovascular	4.654



Ahorro de gastos sanitarios por aumento de la adherencia en ECV

Cálculos con datos españoles¹

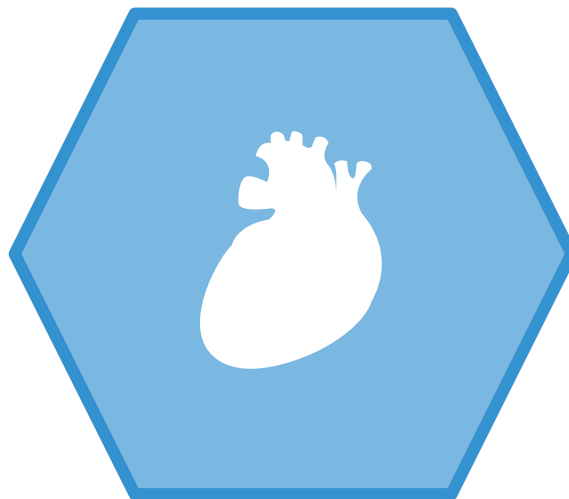
En un horizonte temporal de **15 años**, aumentar la adherencia en este 44% de pacientes en:

1 punto de adherencia

11M €

1.100 ECV

1.200 muertes

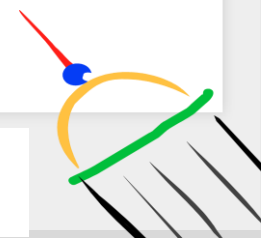


10 puntos de adherencia

75M €

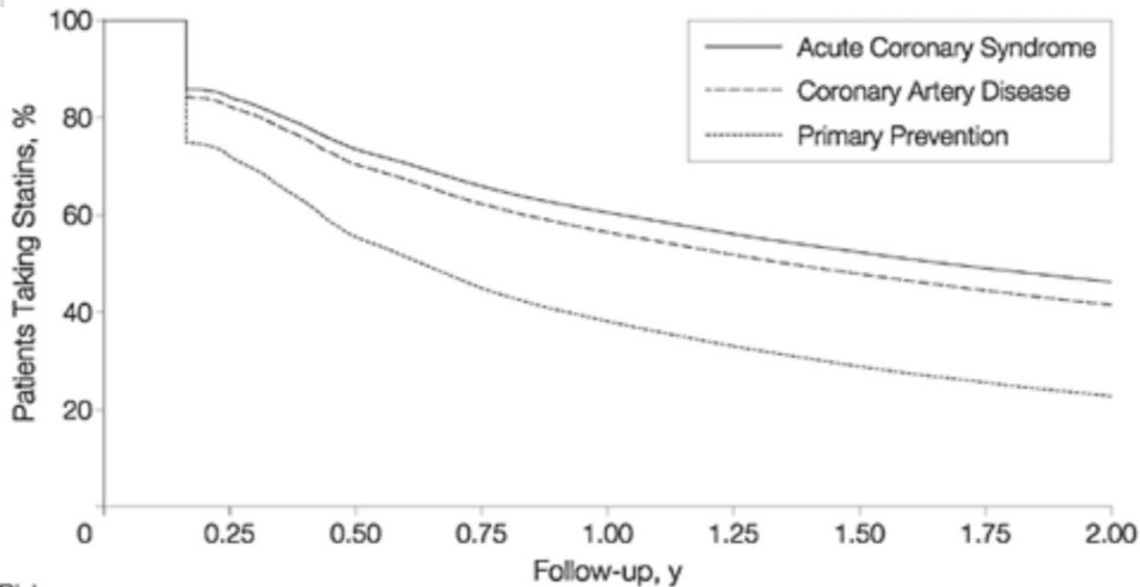
7.650 ECV

8.778 muertes



La falta de adherencia disminuye con el tiempo

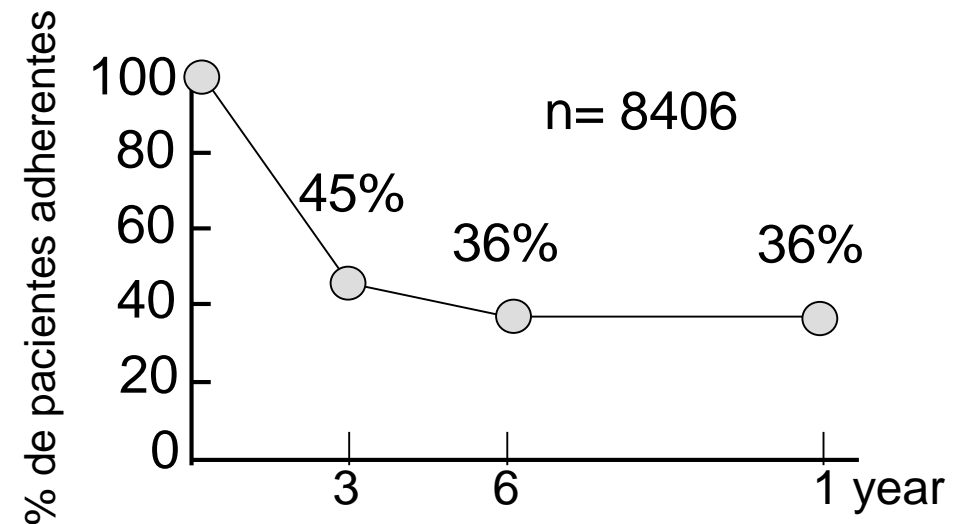
Adherencia a estatinas según el tiempo



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



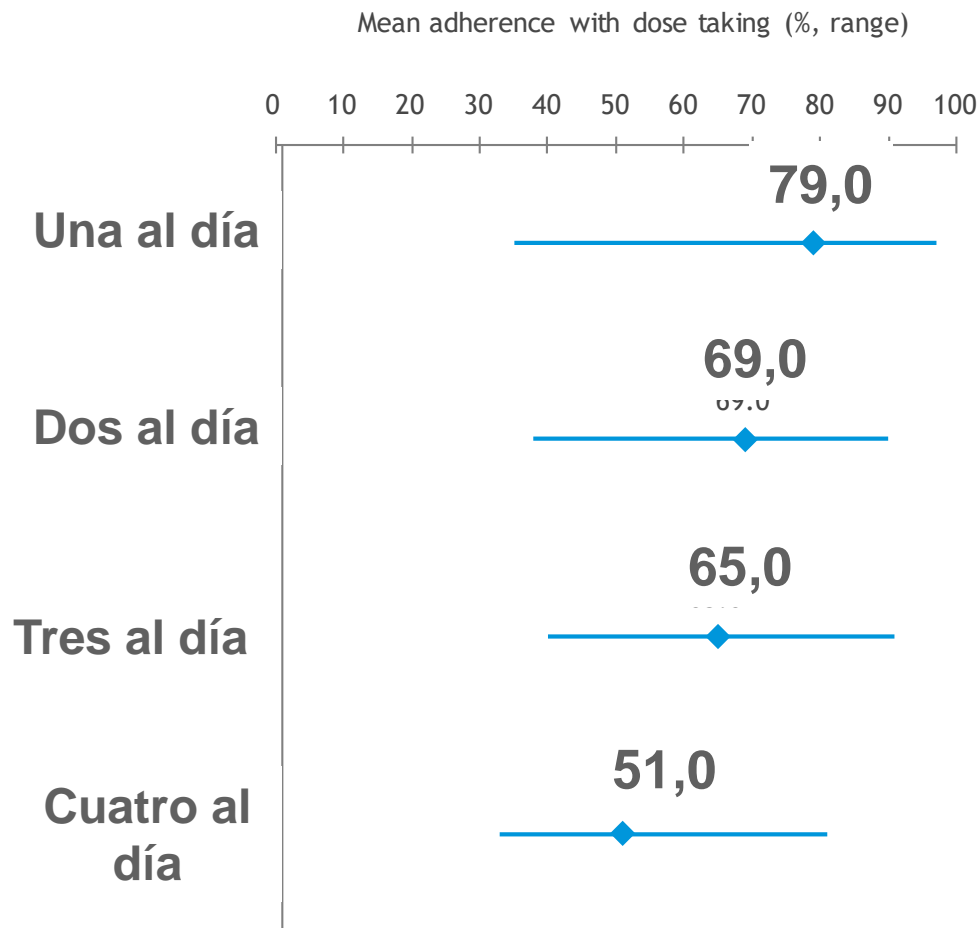
Pacientes no adherentes con ninguno de los 2 fármacos:

A los 3m: 27,4%

A los 6 m: 35%

A los 27 m: 39%

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:

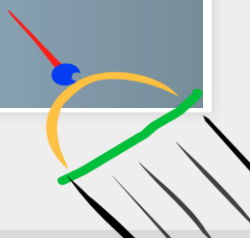
Nº de Dosis

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

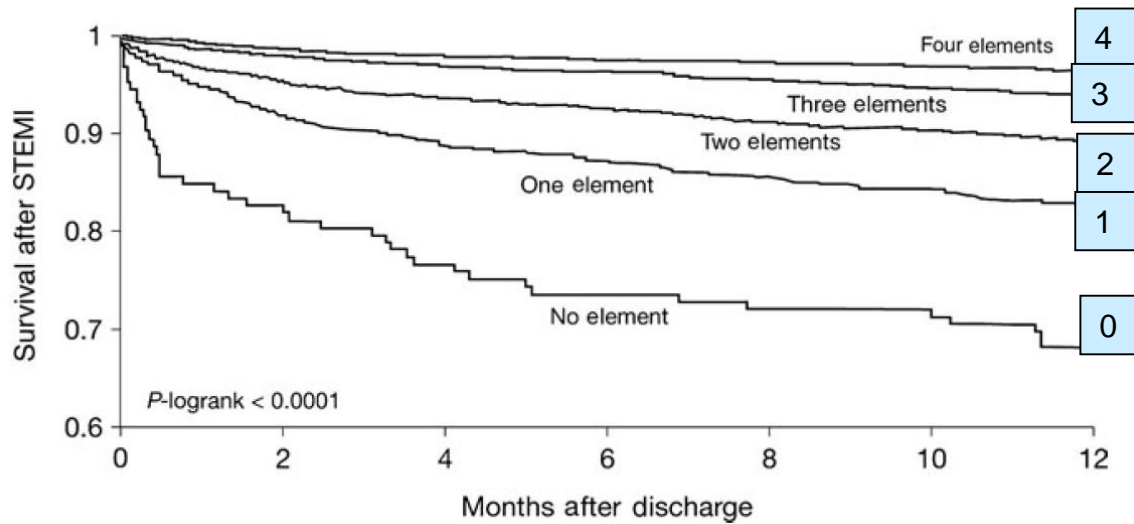
Una pauta de dosificación más frecuente se asoció a menor adherencia.



La falta de adherencia se relaciona con más eventos cardiovasculares

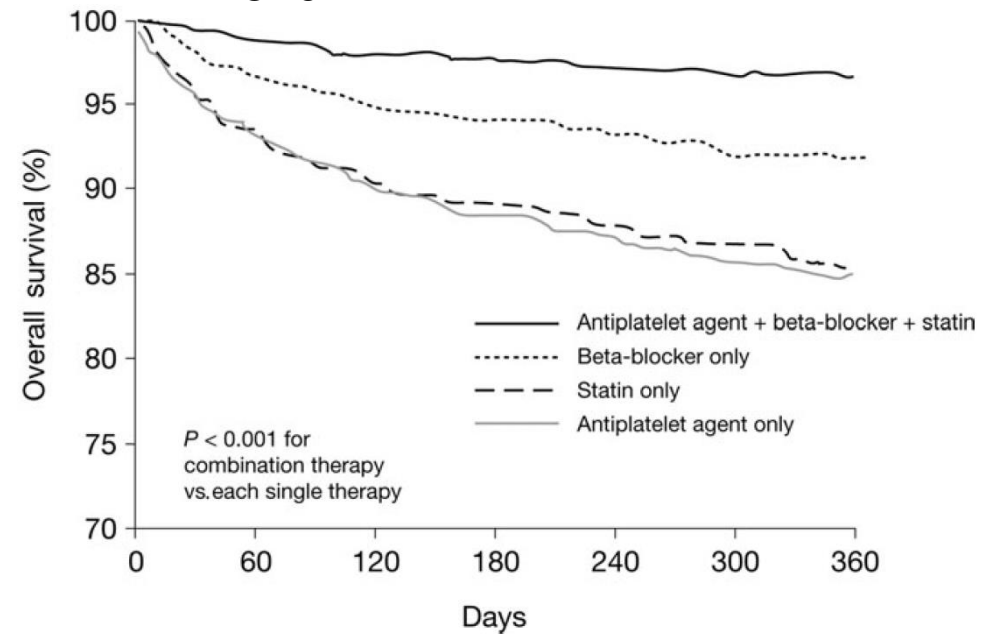
Prevención secundaria tras IAM

Estudio MITRA
n= 6067



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

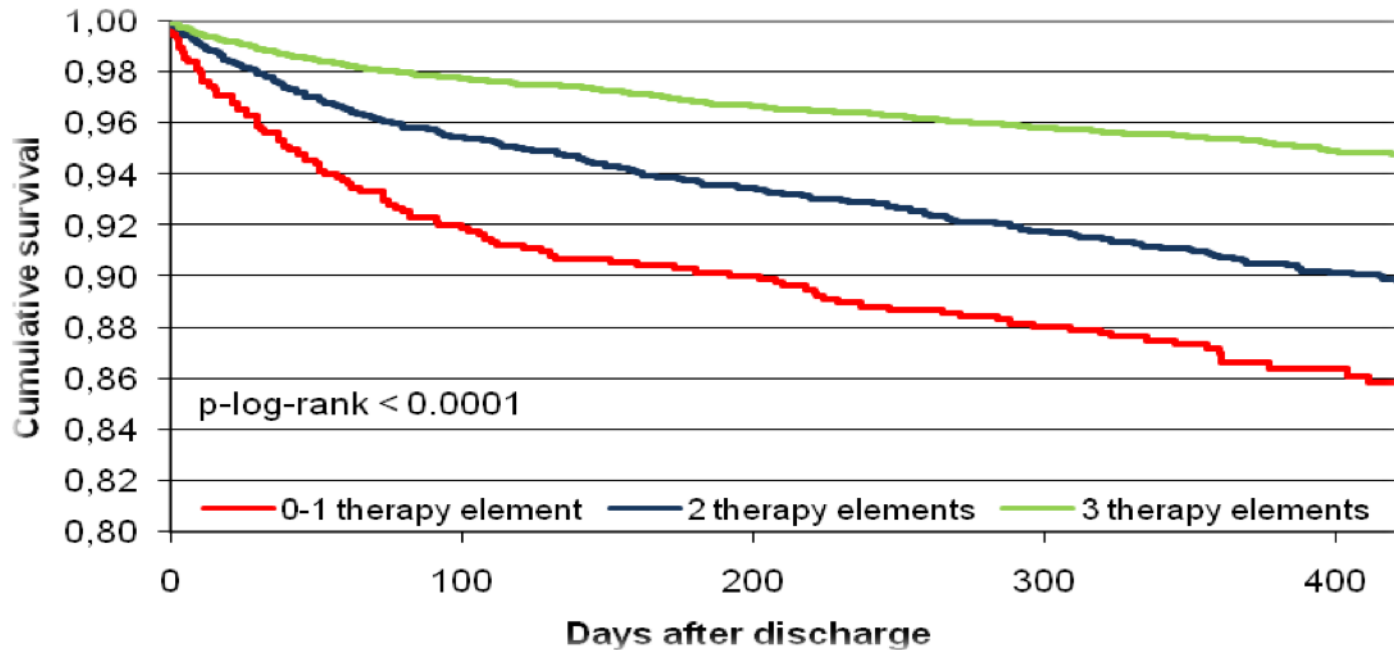
Estudio Francés
n= 2320



Danchin. Am Heart J 2005; 150:1147-1153



Resultados sobre la mortalidad al año



3 fármacos

RRR = - 36 % 3 vs 2

2 fármacos

RRR = - 41 % 3 vs 0-1

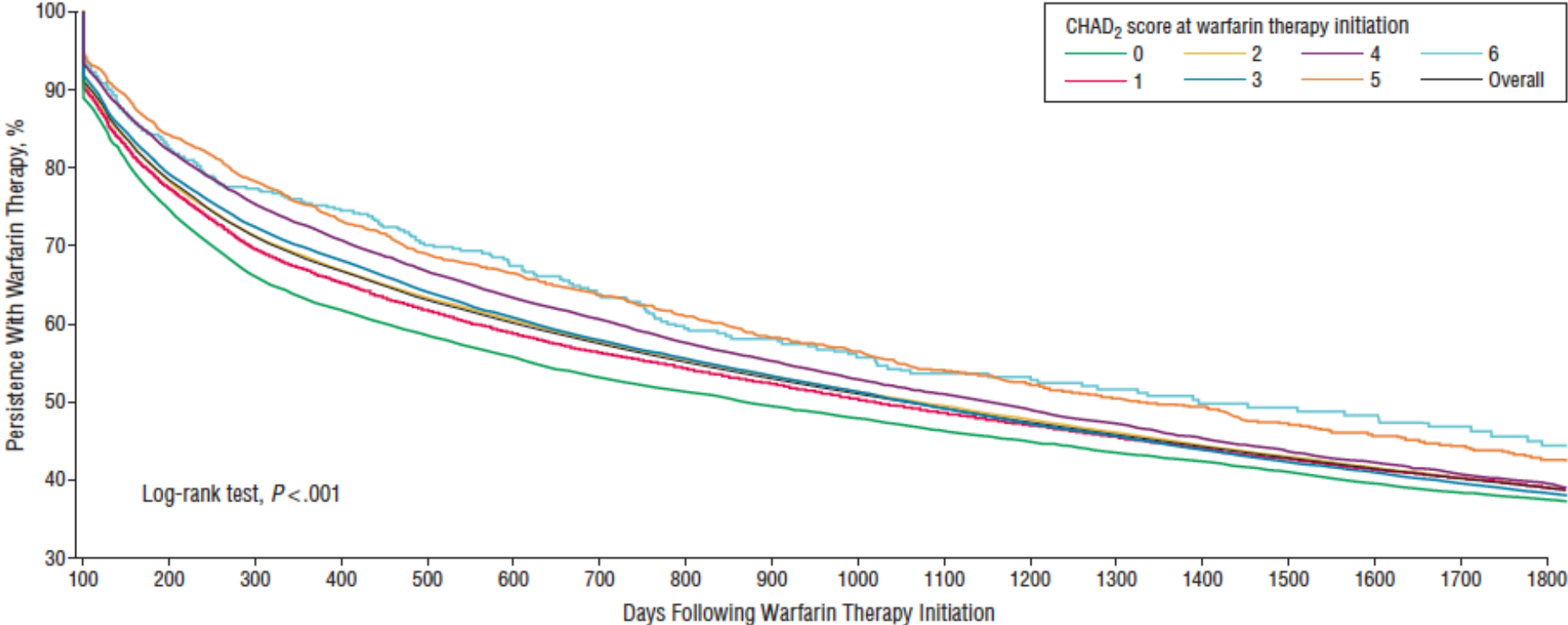
0-1 fármacos

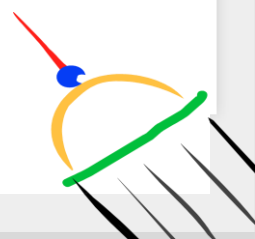
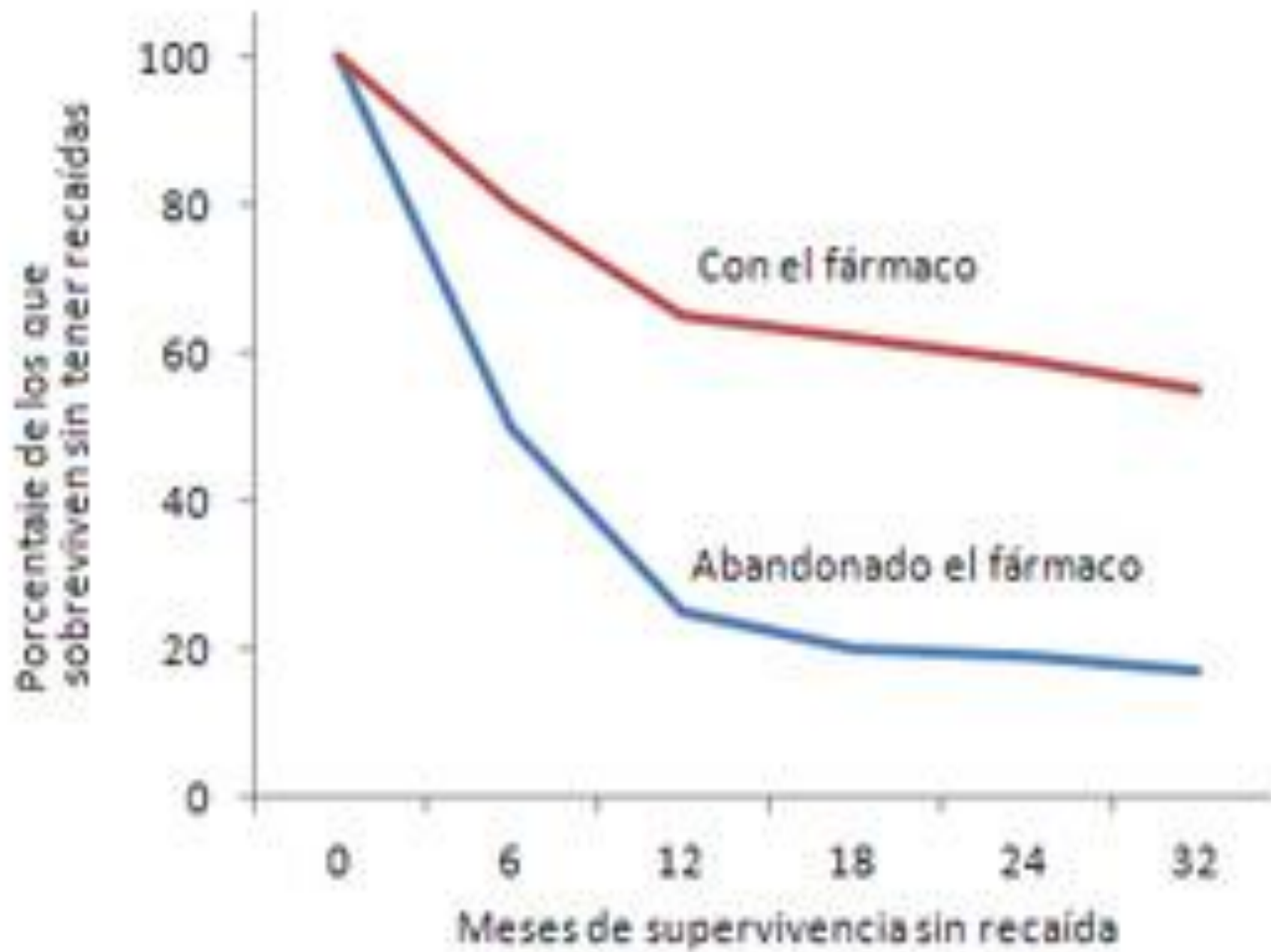
Global	0-1 drug (n= 752)	P-value*	OR* (95% CI)	2 drugs (n= 2986)	3 drugs (n= 6260)	P-value†	OR† (95% CI)
Death	13.6%	<0.0001	3.04 (2.40-3.86)	9.7%	4.9%	<0.0001	2.09 (1.77-2.47)
MACCE (death/MI/stroke)	16.8%	<0.0001	2.23 (1.80-2.75)	12.7%	8.3%	<0.0001	1.60 (1.39-1.84)

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



Datos de adherencia en pacientes dados de alta con Ictus y FA



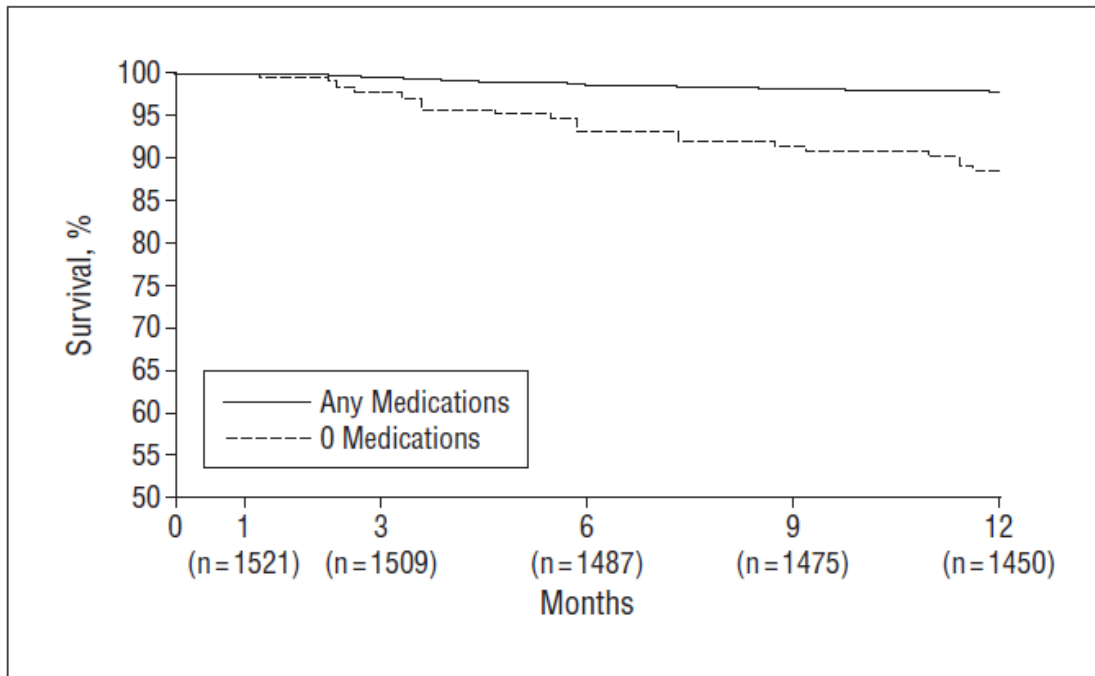


La falta de adherencia se relaciona con más eventos cardiovasculares

Diseño: estudio multicéntrico prospectivo en 1521 pacientes con IAM previo (Procedentes del registro PREMIER).

Variables:

- Uso de aspirina, betabloqueantes y estatinas al mes tras el IAM
- Pacientes con los 3 fármacos en el momento del alta
- Mortalidad a los 12 meses.

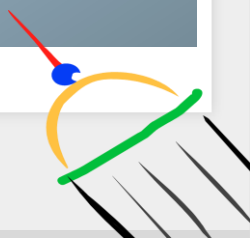


Curva de supervivencia de Kaplan-Meier que compara los pacientes que abandonan el uso de 1 ó más medicaciones frente a los que al alta tomaban los 3 fármacos. (log-rank test $p < 0,001$)

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

La **supervivencia al año fue significativamente menor** en los pacientes que **abandonaron** el tratamiento al mes del IAM (88.5% vs 97.7%; log-rank $P.001$) en comparación con los que siguieron tomando una o más medicaciones.

El **abandono del tratamiento se asoció de forma independiente con un aumento de la mortalidad** (hazards ratio, 3.81; IC 95%, 1.88-7.72). (análisis multivariante)

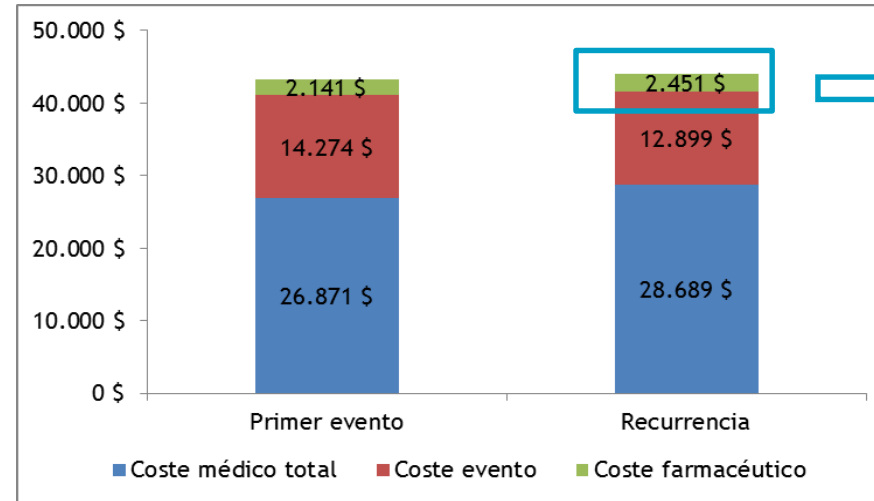


Adherencia y Gasto sanitario

• **Gastos atribuibles a episodios recurrentes de SCA > coste del primer evento. (Shetty 2008)**

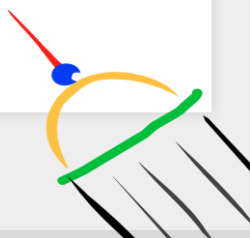
• **El incremento del coste se debe a:**

- Número medio anual de rehospitalizaciones.
- Mayor estancia hospitalaria.
- Alta probabilidad de una revascularización.

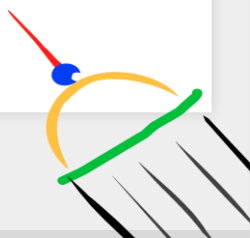
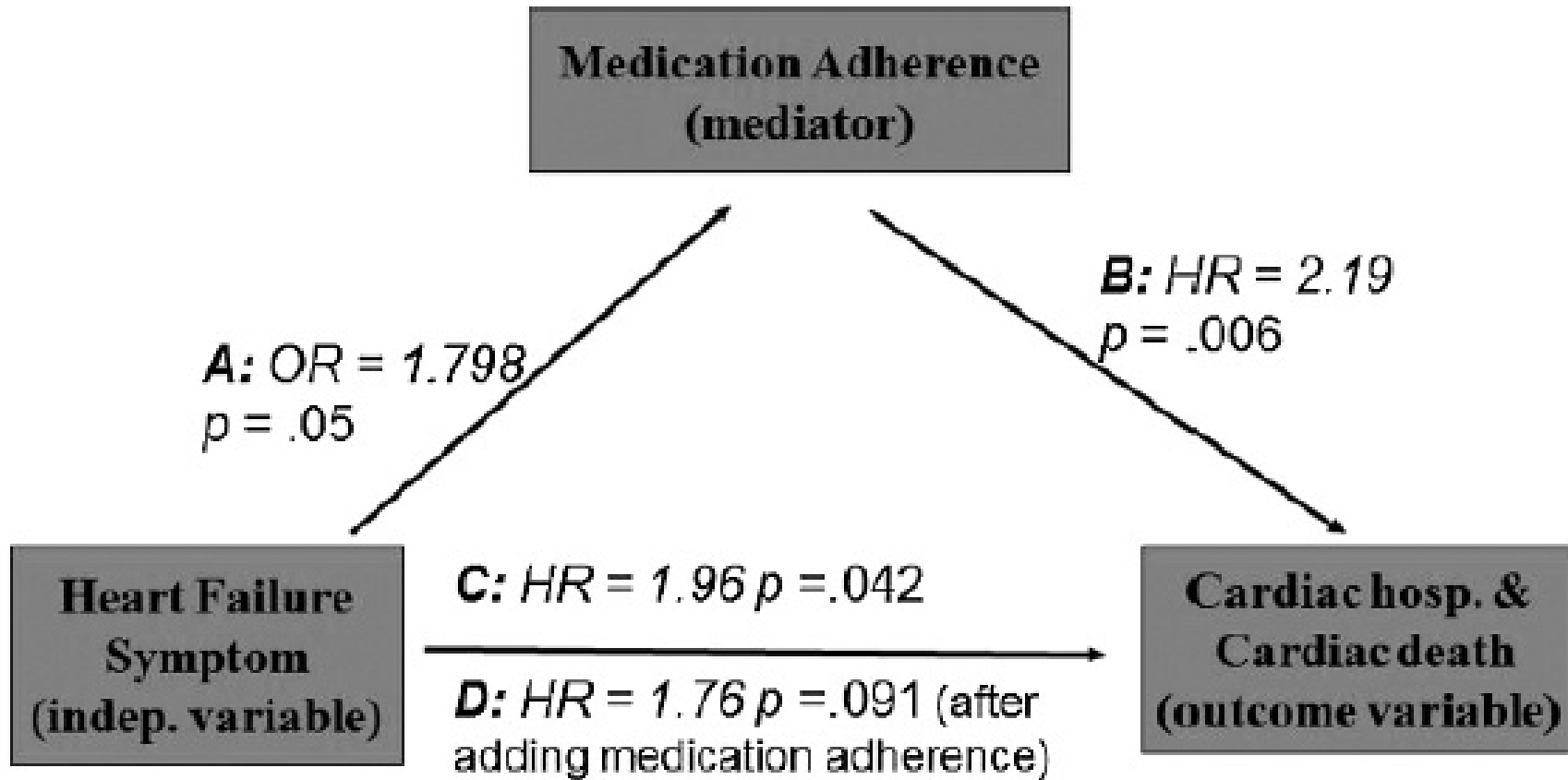


Coste por prescripción farmacéutica es constante

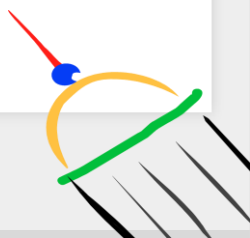
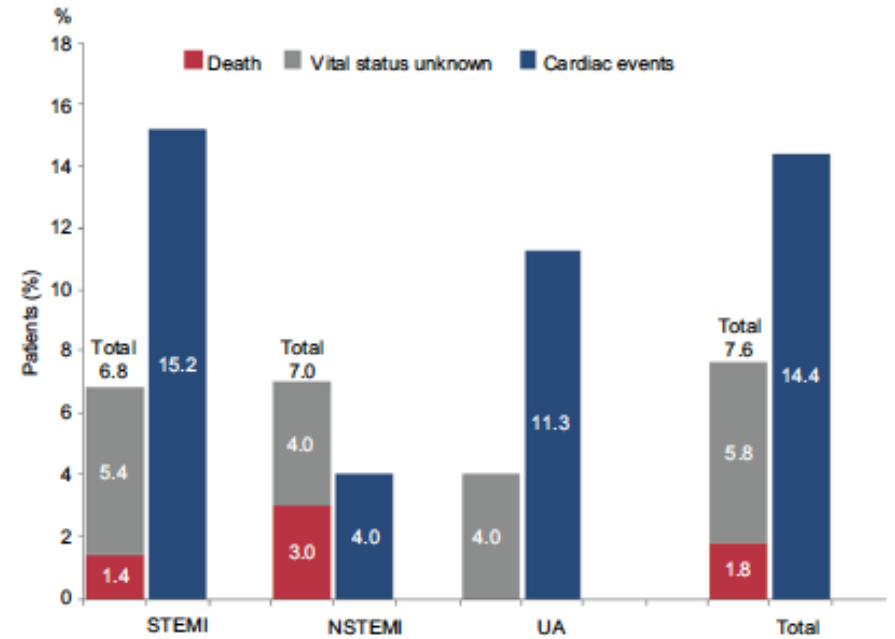
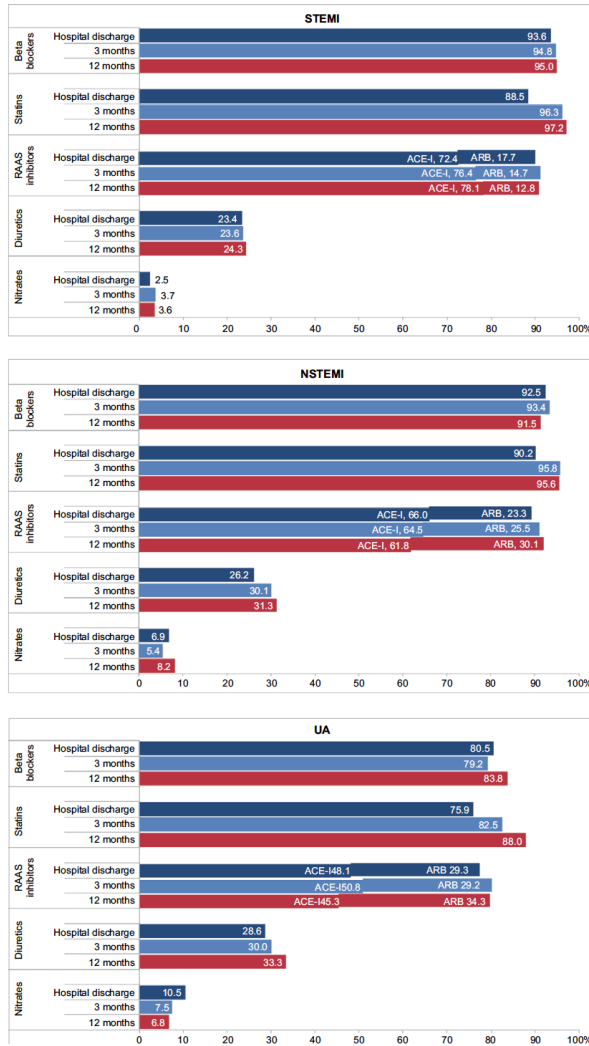
Los costes totales de la atención hospitalaria son más bajos en los pacientes adherentes a la prevención 2ª. (Bitton 2013)



Medication Adherence Mediates the Relationship Between Heart Failure Symptoms and Cardiac Event-Free Survival in Patients With Heart Failure



High adherence to therapy and low cardiac mortality and morbidity in patients after acute coronary syndrome systematically managed by office-based cardiologists in Germany: 1-year outcomes of the ProAcor Study



Tailored interventions by community pharmacists and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomized controlled trial.

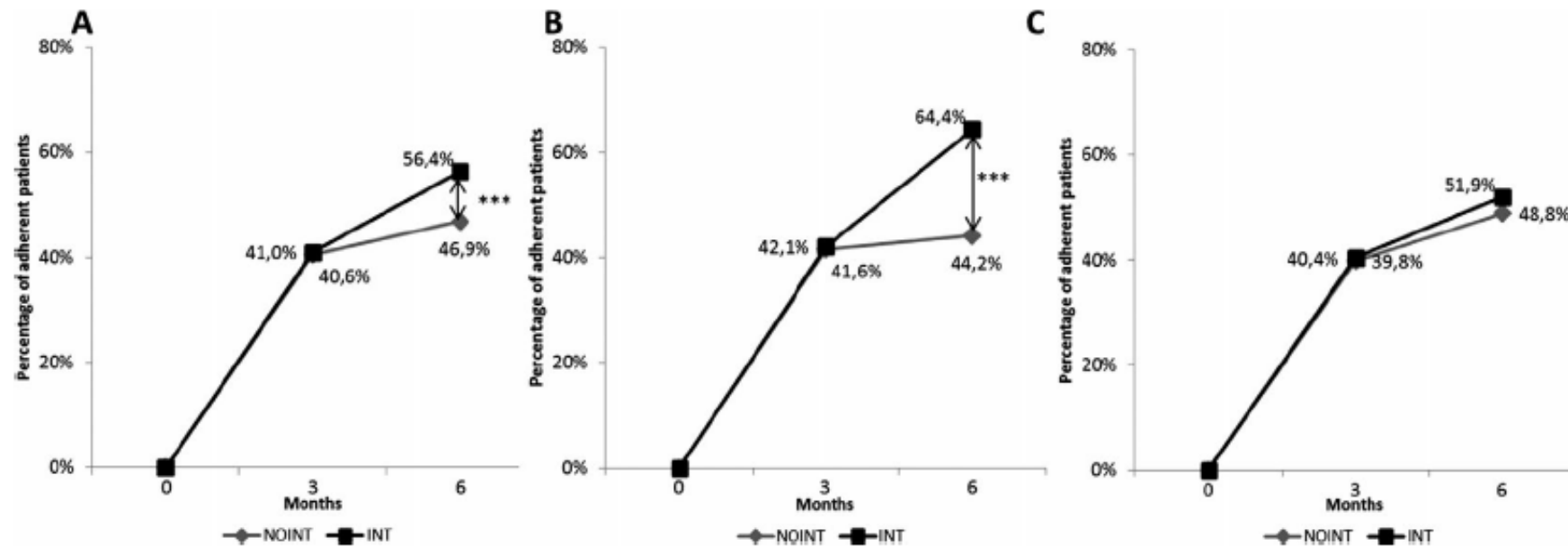


FIGURE 2 Variation in adherence to statins in patients who were nonadherent at baseline. A, Total (CP and GP); B, CP; and C, GP groups were analyzed. The Friedman test for repeated measures was used to evaluate the evolution of adherence with time and intervention-related effects according to group. NOINT: nonadherent patients with usual care; INT: nonadherent patients with intervention. * $P < 0.05$; ** $P < 0.01$. Analysis of adherent patients of the INT and NOINT groups was performed by using chi-square test

Tailored interventions by community pharmacists and general practitioners improve adherence to statins in a Spanish randomized controlled trial.

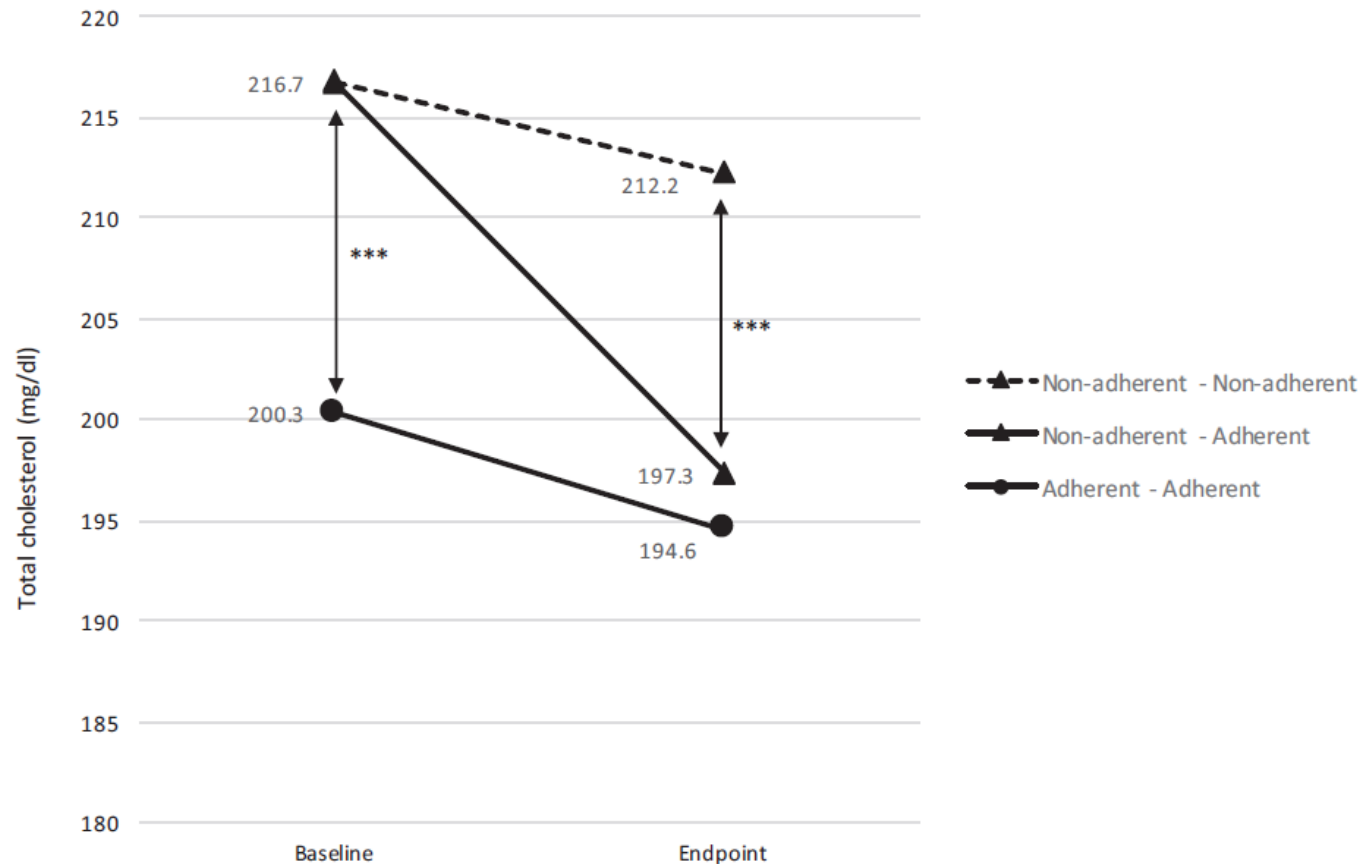
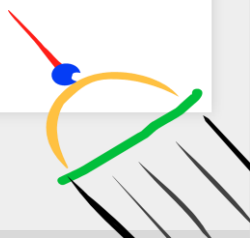
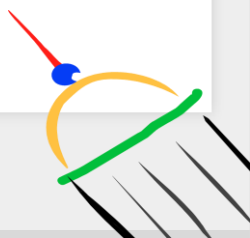
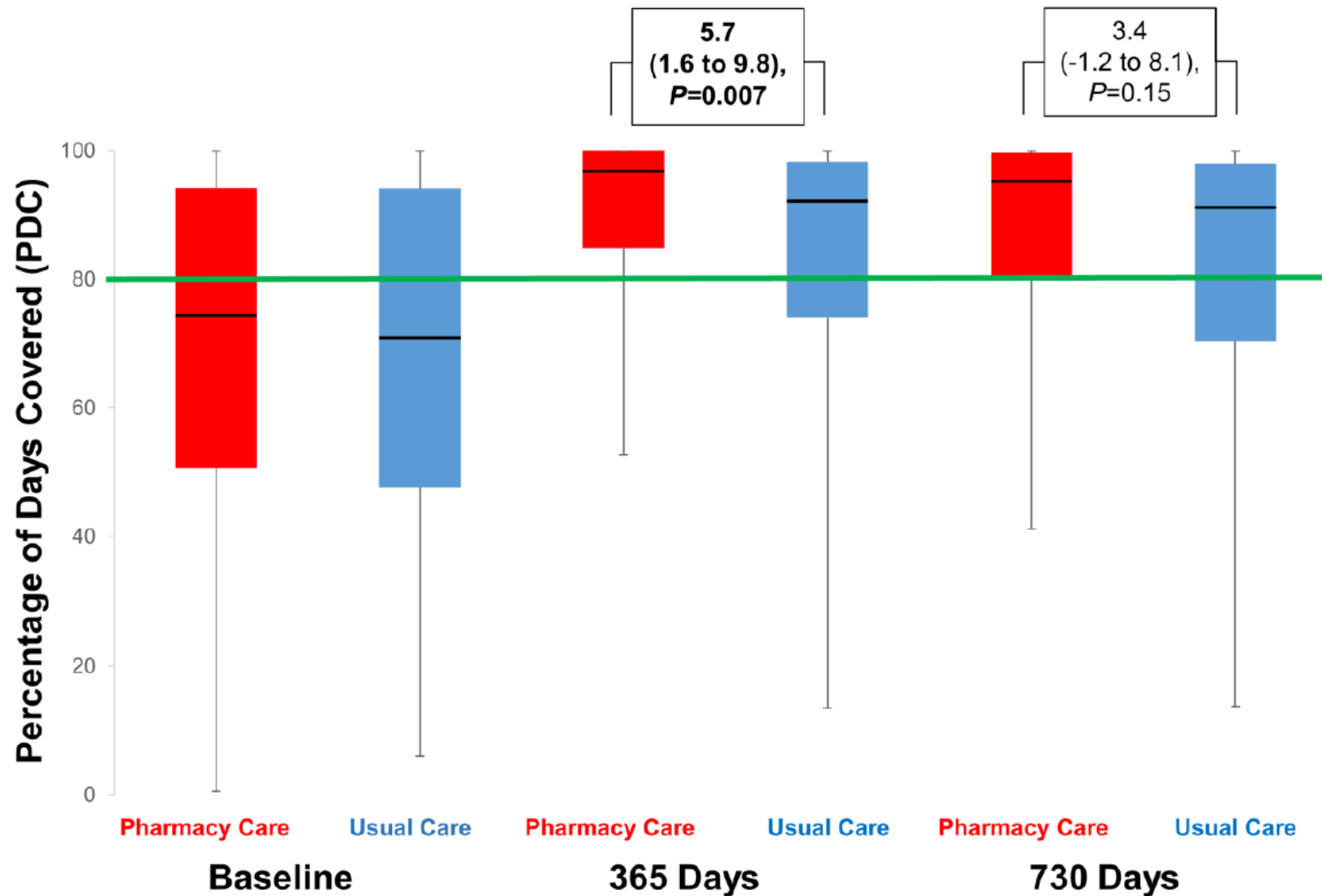


FIGURE 3 Total cholesterol variation between baseline (0 months) and endpoint (6 months) based on patients' adherence variation. Analysis was performed using Student's t test. Statistical differences between baseline and endpoint were only observed in the nonadherent-adherent group ($P < 0.001$). *** $P < 0.001$



Pharmacy-based interdisciplinary intervention for patients with chronic heart failure: results of the PHARM-CHF randomized controlled trial



Pharmacy-based interdisciplinary intervention for patients with chronic heart failure: results of the PHARM-CHF randomized controlled trial

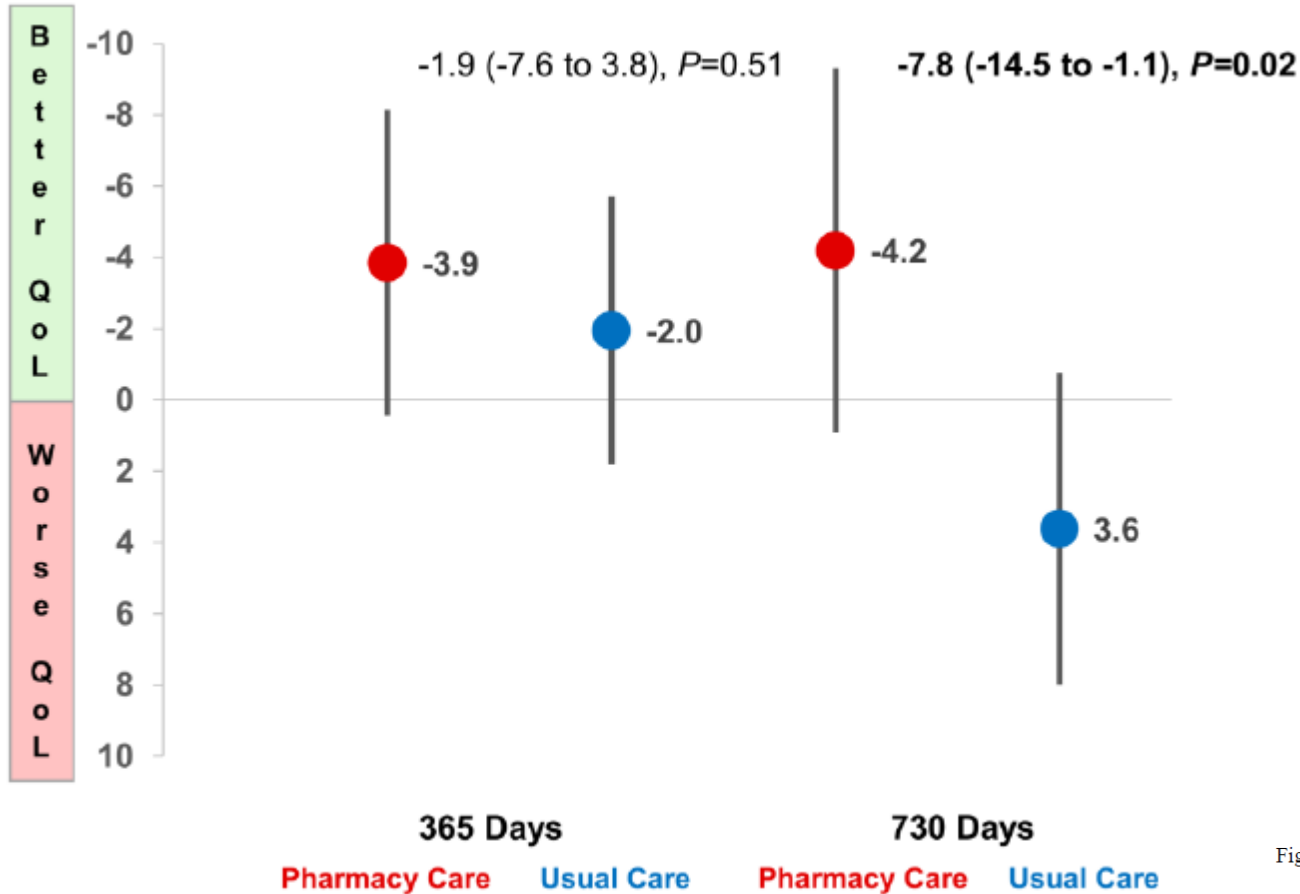


Figure 4

Change in quality of life (QoL) measured by the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire global score) at 365 and 730 days. Shown are the mean changes to baseline and the intervention effects (each with 95% confidence intervals).

¿Que beneficios tiene ser adherente?

European Heart Journal Advance Access published August 1, 2013



European Heart Journal
doi:10.1093/eurheartj/ehz295

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 Shroufi¹, Saman Fahimi¹, Carmel Moore¹, Bruno Stricker², Shanthi Mendis³, Albert Hofman², Jonathan Mant¹, 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.

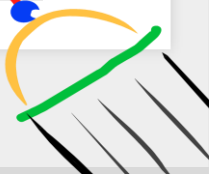
• **44** estudios incluidos, **1.978.919** participantes que padecieron **135.627** eventos cardiovasculares y **94.126** muertes por cualquier causa.

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



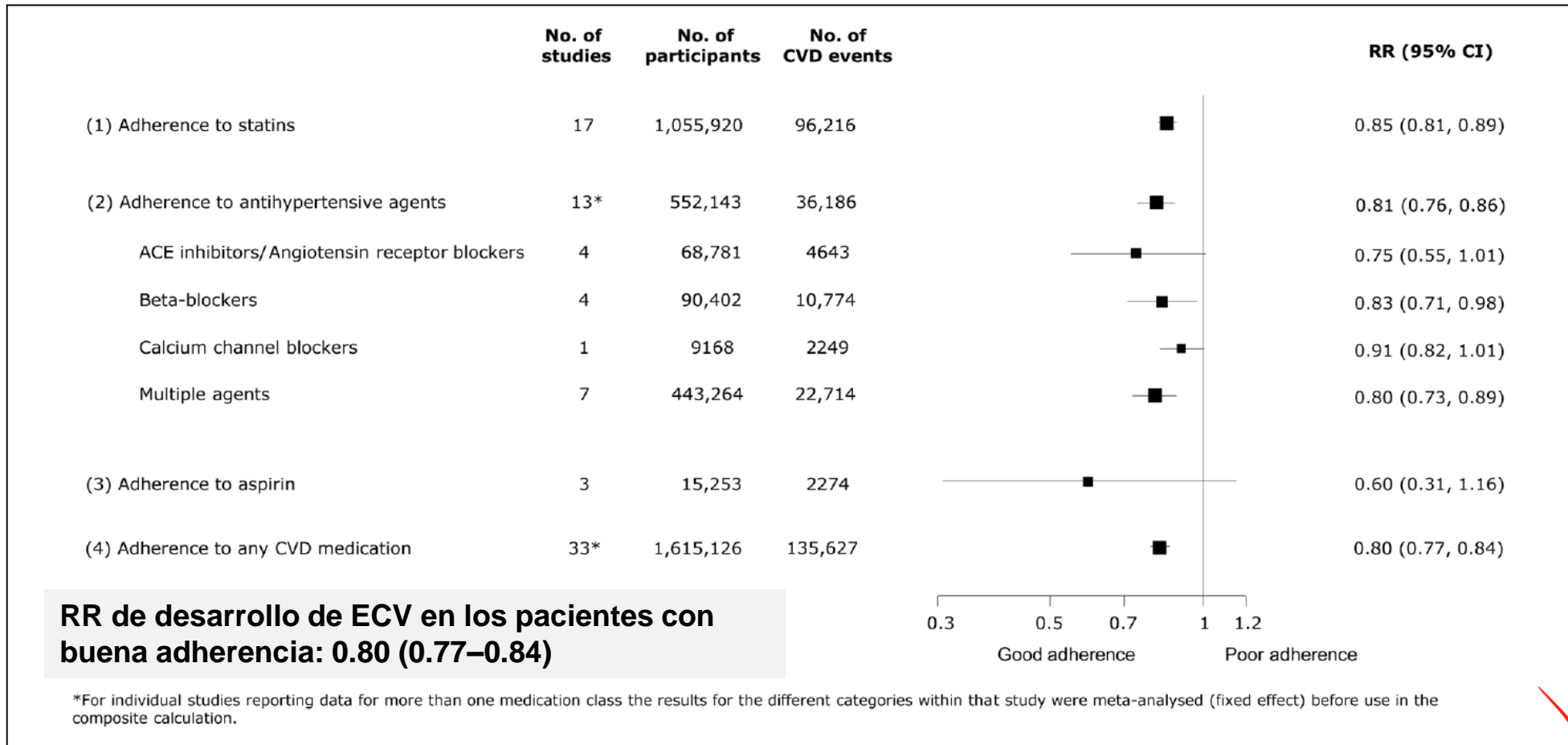
20% disminución del riesgo de ECV.
38% disminución de mortalidad global

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



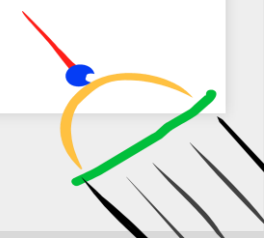
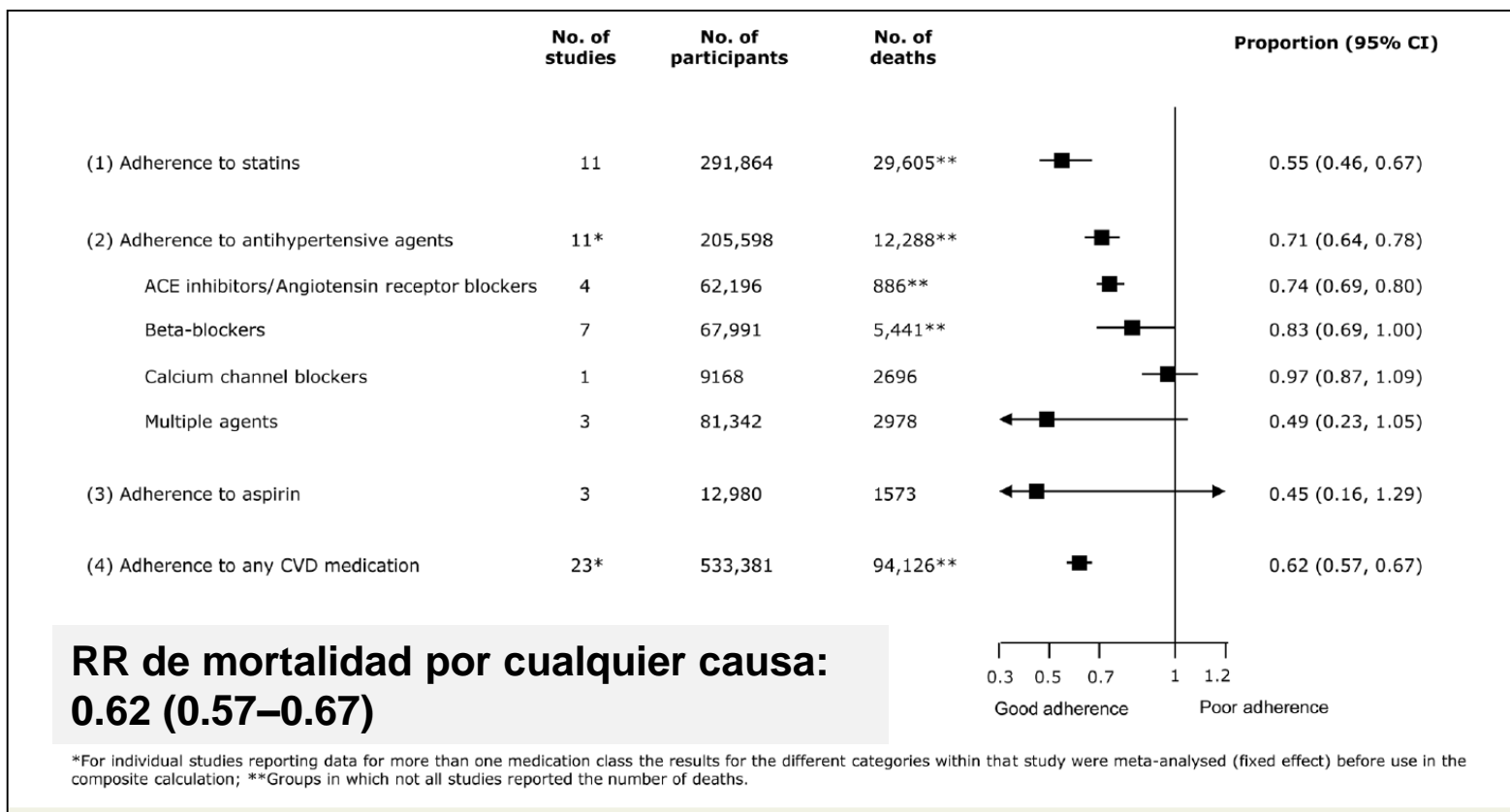
Los beneficios de una buena adherencia

RR de ECV en función del grado de adherencia



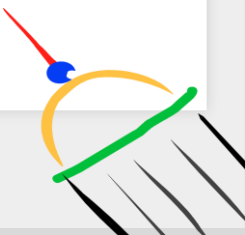
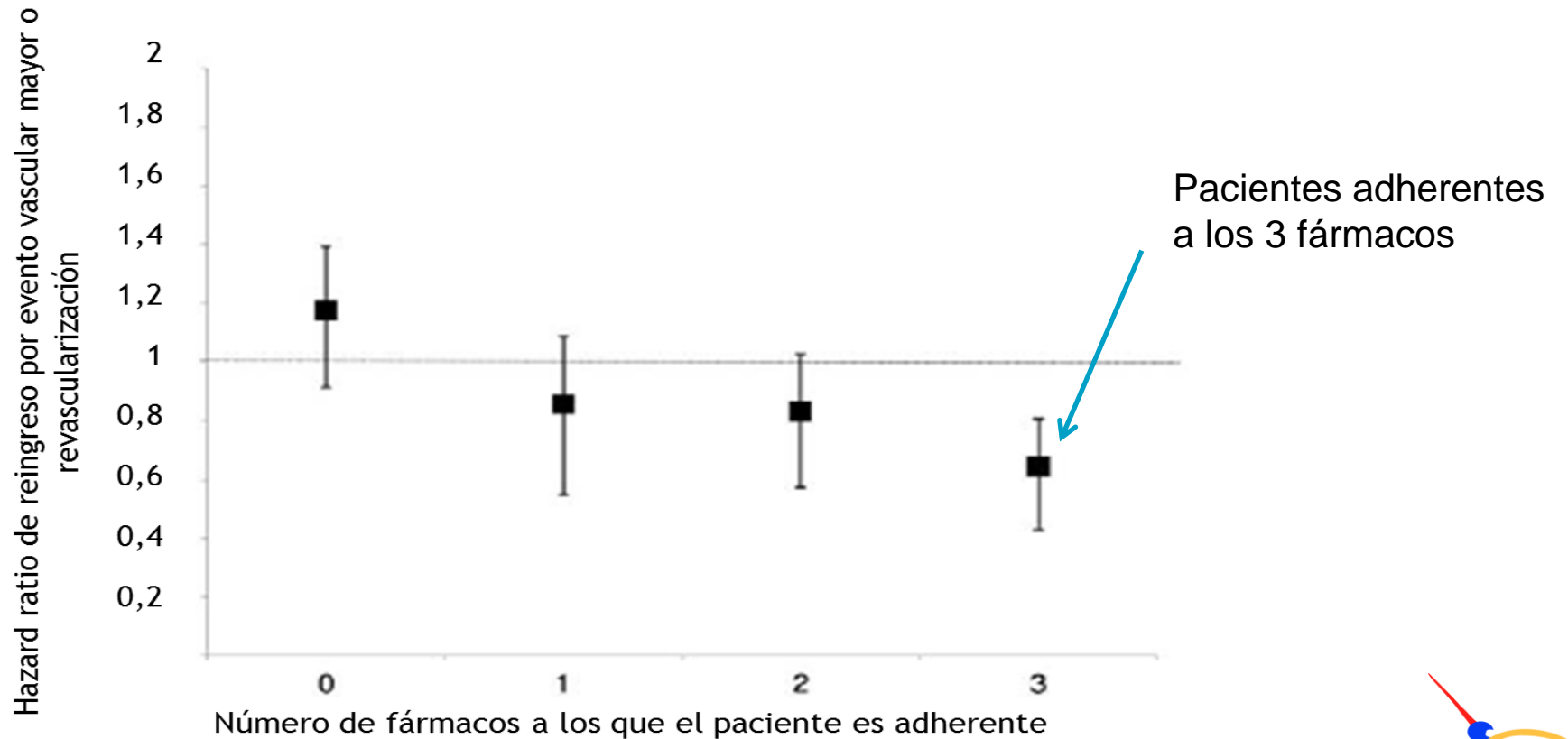
Los beneficios de una buena adherencia

RR de mortalidad total en función del grado de adherencia



¿Protege la adherencia parcial?

Los pacientes parcialmente adherentes no obtuvieron ningún beneficio en relación a la disminución de eventos.



¿Protege la adherencia parcial?

- **Estudio MINERVA; relaciona incidencia de eventos con adherencia a estatinas e IECAs:**

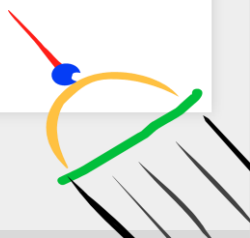
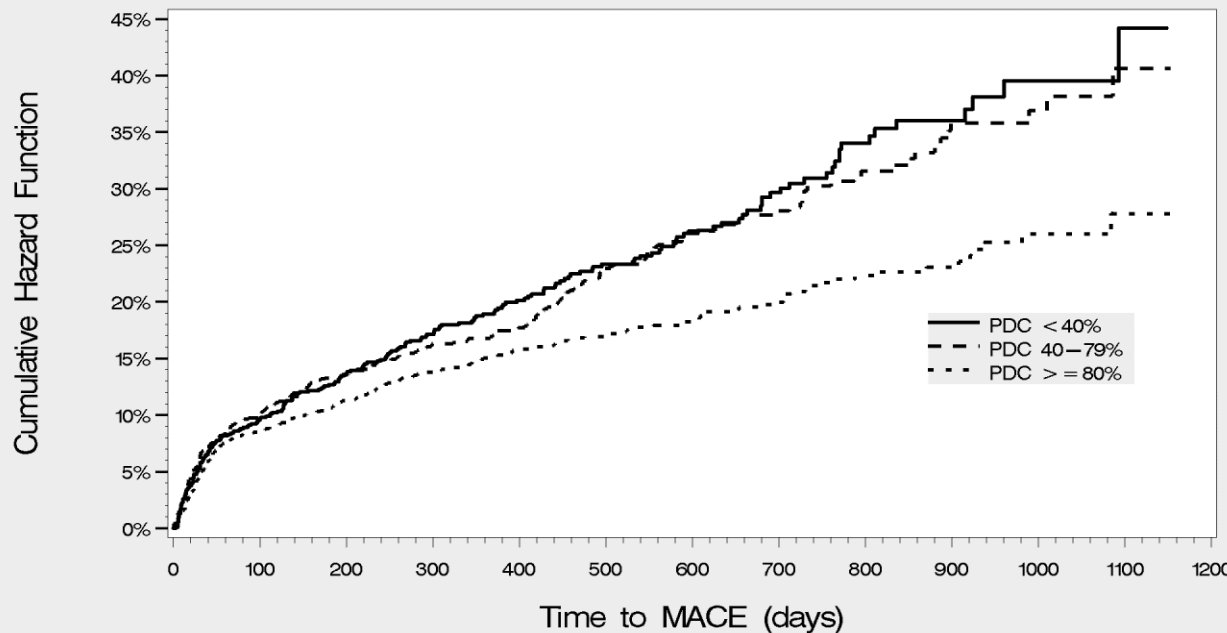
- Muy adherentes → 18.9% eventos CV
- Parcialmente adherentes → 24.7% eventos CV
- No adherentes → 26.3% eventos CV

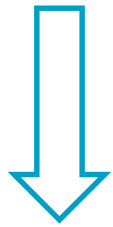
Sin diferencias (p=0.22)



- Los pacientes adherentes sufren menos eventos
- La adherencia parcial no revierte en el beneficio de una disminución de eventos

Time to MACE by Adherence Level



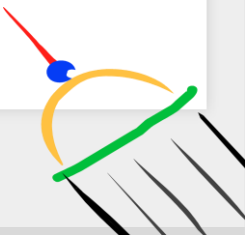


Adherencia



Falta de adherencia del
paciente

No adherencia a las guías



Guías de prevención cardiovascular- SCA- Europa

Guía	Año	AAS	IECA	Estatinas
ESC- SCA estable	2016	En todos los pacientes	Si existe IC, DM o HTA	En todos los pacientes
ESC- IAM - ST	2017	En todos los pacientes	Si existe IC, DM, disfunción ventricular o IAM previo. En el resto, considerar su uso	En todos los pacientes lo antes posible
ESC- IAM no ST	2018	En todos los pacientes	Si existe IC, DM, disfunción ventricular o ERC. En el resto, recomendado su uso	En todos los pacientes lo antes posible

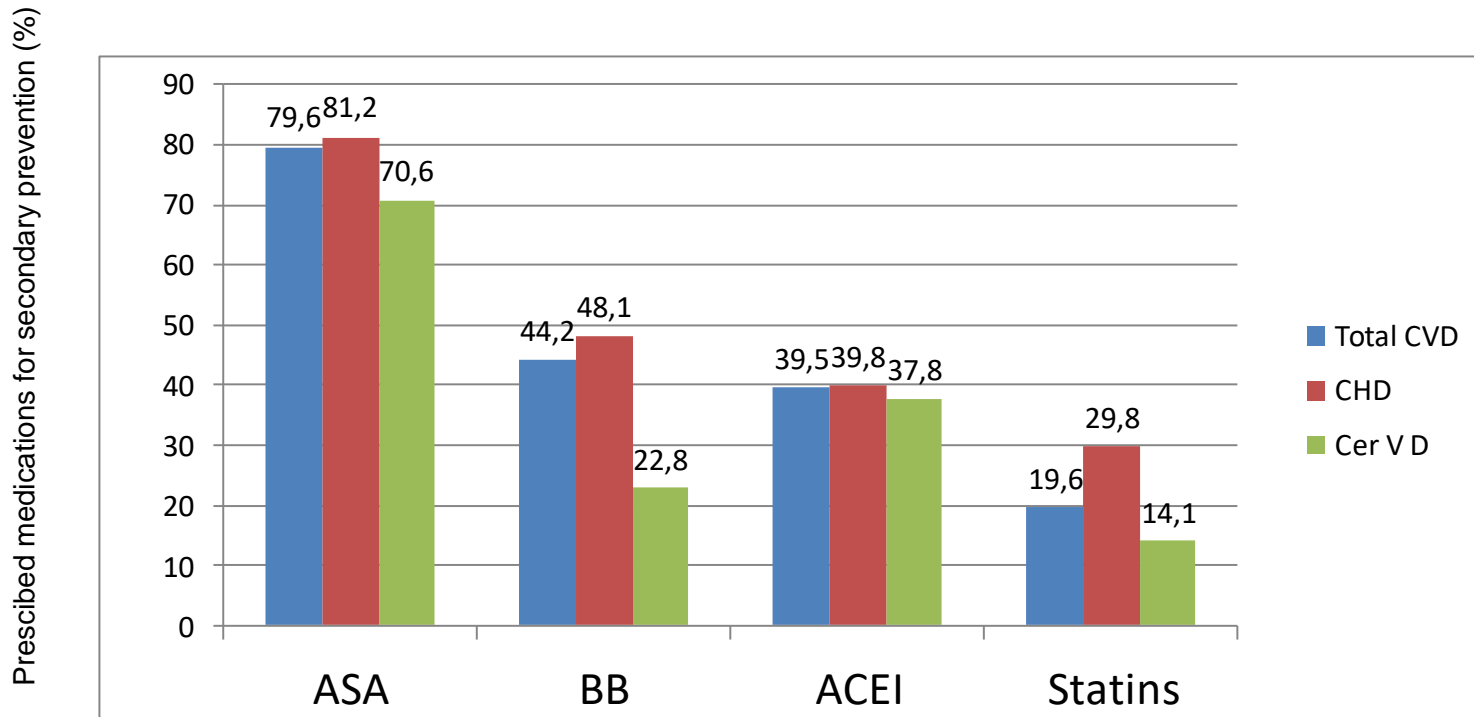
IC= insuficiencia cardiaca; DM= Diabetes Mellitus; HTA= hipertensión arterial; IAM= infarto agudo de miocardio; ERC= enfermedad renal crónica



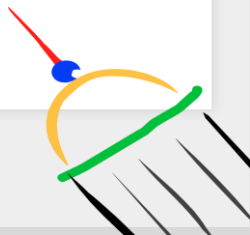
Estudio WHO-Premise study: medicaciones prescritas

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Población del estudio: 10.000 pacientes; 8.520 (85,2%) CI; 1.480 (14,8%) Enfermedad Cerebrovascular.

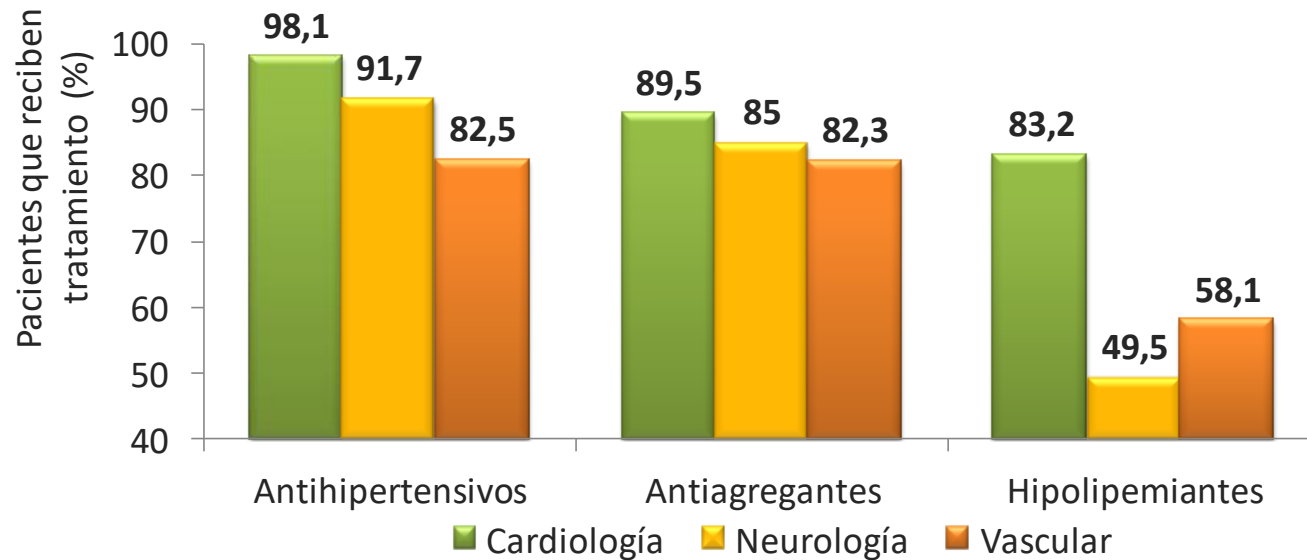


Mendis, S., D. Abegunde, S. Yusuf, et al. "WHO study on Prevention of REcurrences of Myocardial Infarction and Stroke (WHO-PREMISE)." *Bull World Health Organ* 2005;**83**(11): 820-829.



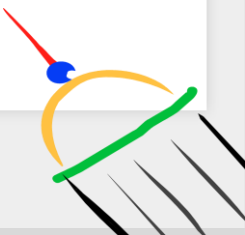
Registro REACH (2003-2004)

n= 67.888 individuos (sintomáticos: n=55.499; 12.389 \geq 3 FR). 5473 centros, 44 países



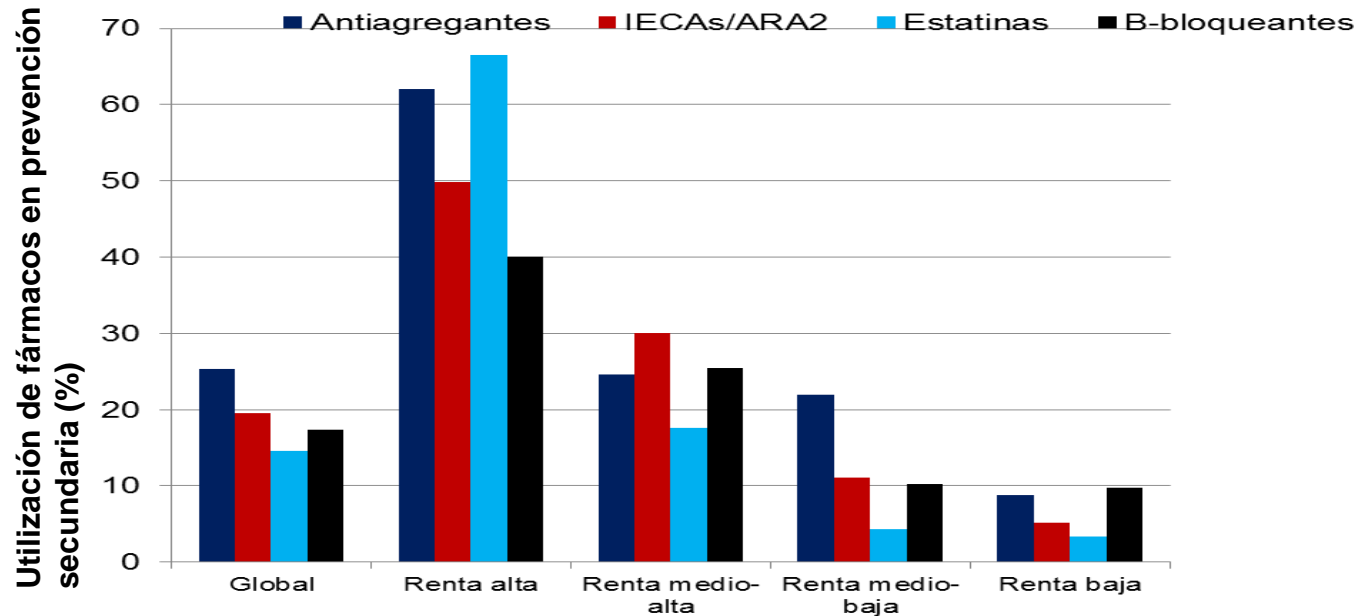
Los FR cardiovascular son consistentes entre países.

En la mayoría de regiones, los pacientes no están suficientemente tratados ni controlados..

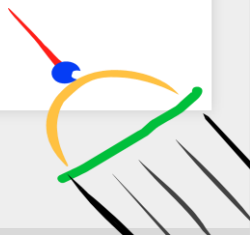


Estudio PURE

Estudio PURE : 7519 adultos (35-70 años) con antecedente previo de ECV en países con distinto nivel de renta per cápita.

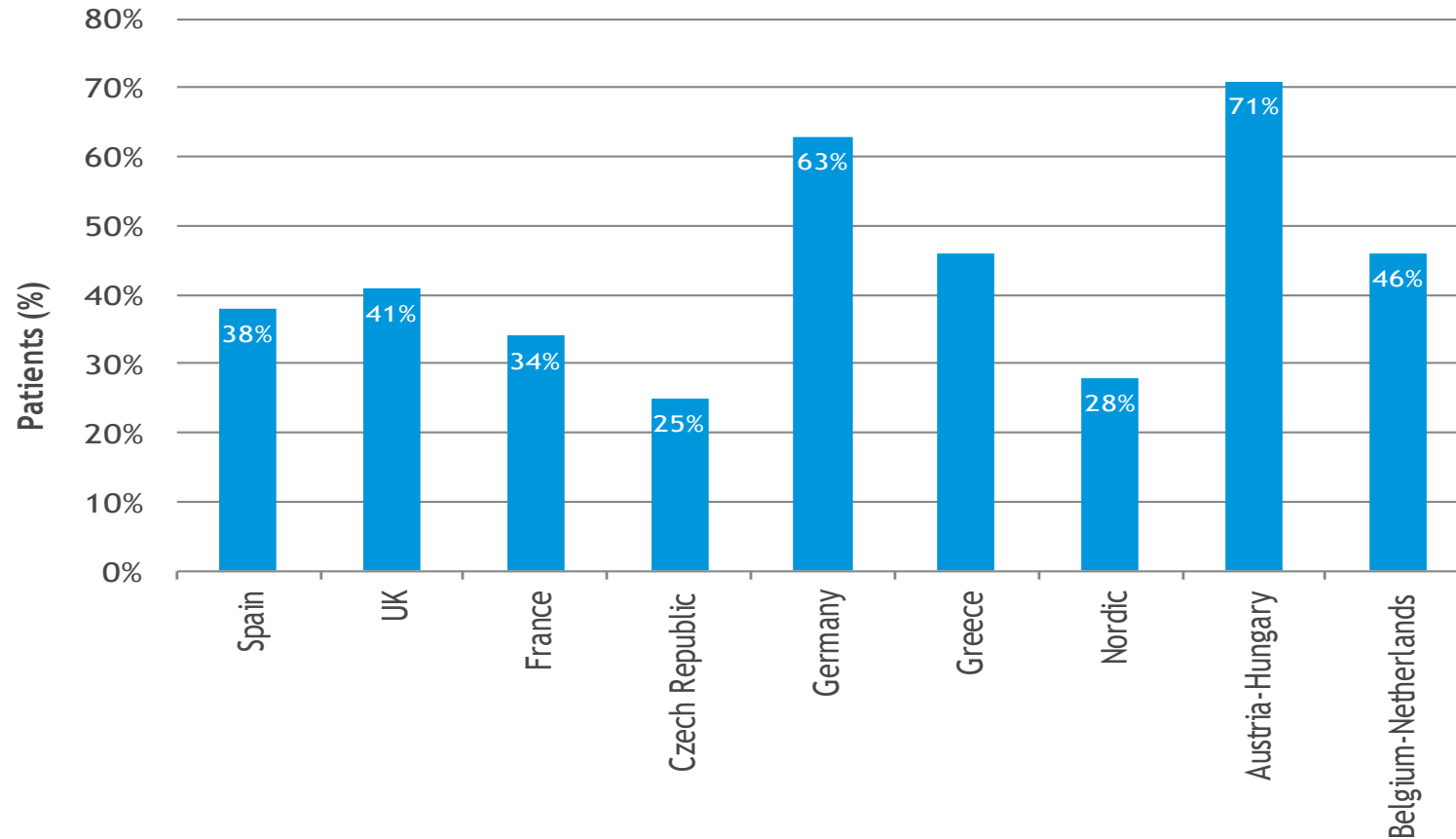


- Sólo el 3,1% tomaban los 4 fármacos
- Un **51,5%** no recibió ninguno de los 4 fármacos

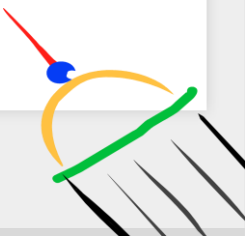


Registro APTOR

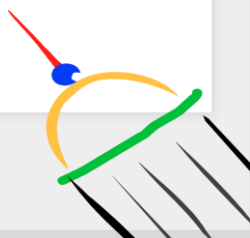
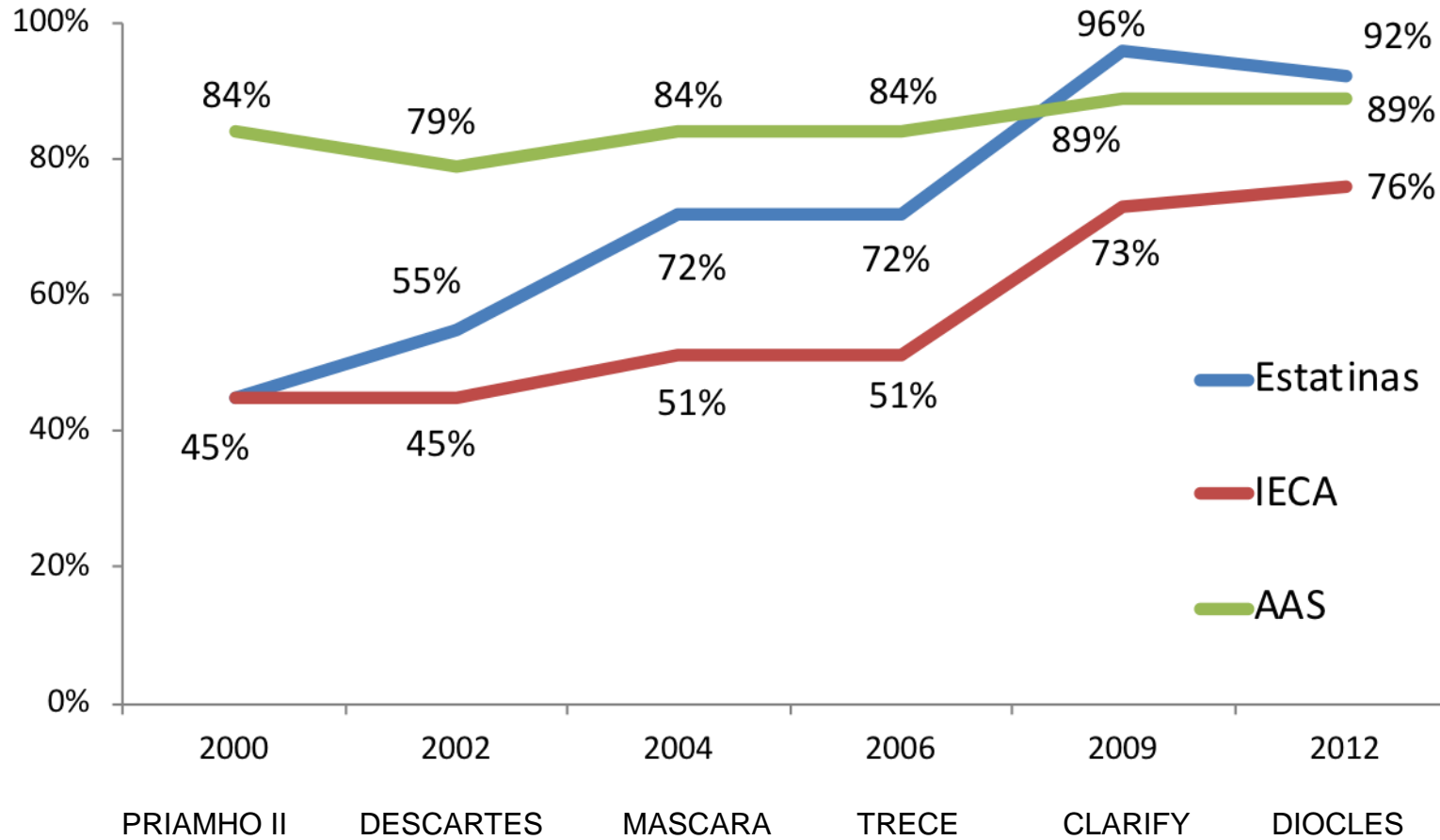
Registro APTOR: Prevención secundaria óptima: uso de AAS y 3 más de las siguientes actuaciones al alta y al cabo de 1 año: estatinas, betabloqueantes, IECAs/ARA2, ejercicio o dieta.



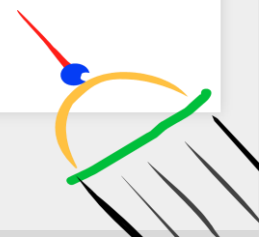
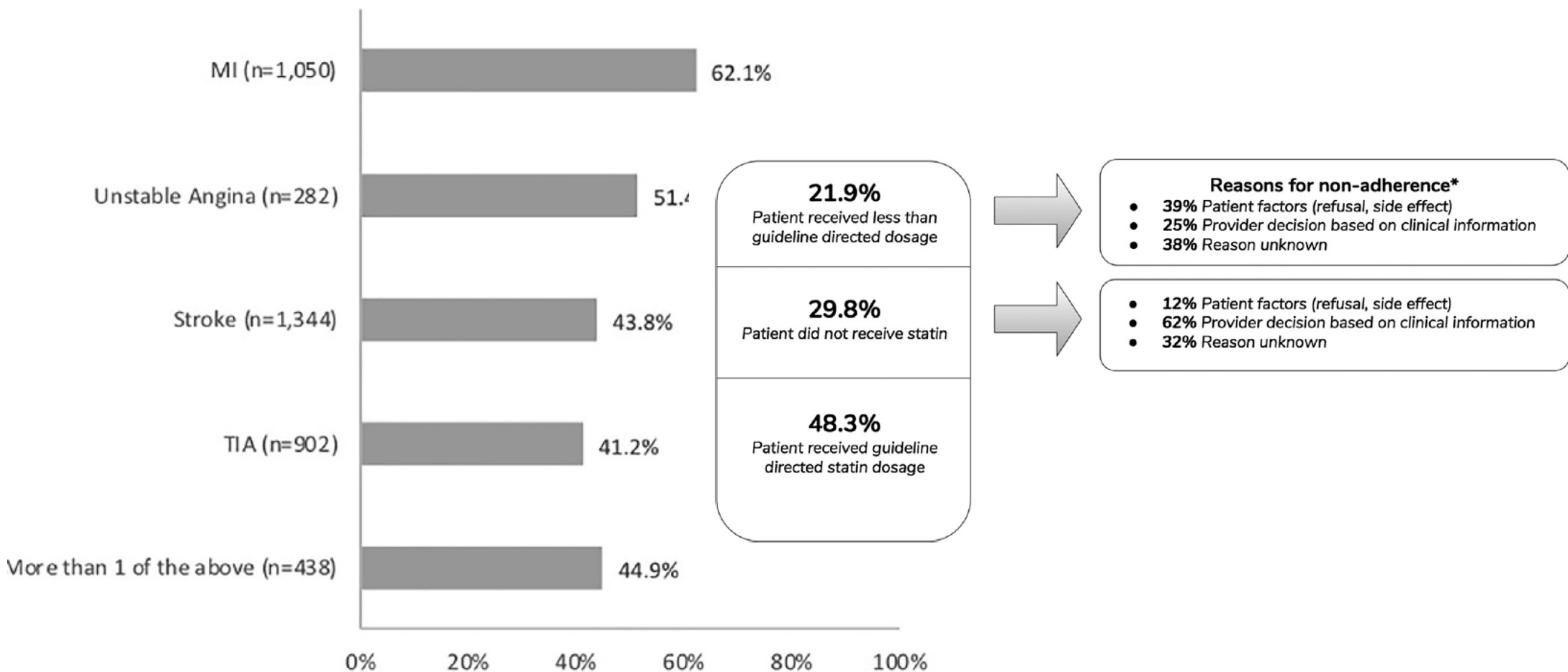
- **En España**, únicamente el **38%** de los pacientes recibían tratamiento óptimo



Prescripción farmacológica en España en pacientes con SCA

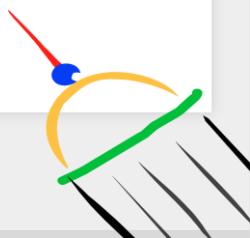


Adherence to Blood Cholesterol Treatment Guidelines Among Physicians Managing Patients With Atherosclerotic Cardiovascular Disease



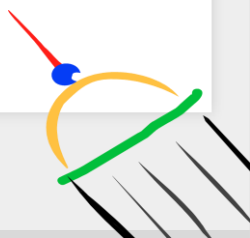
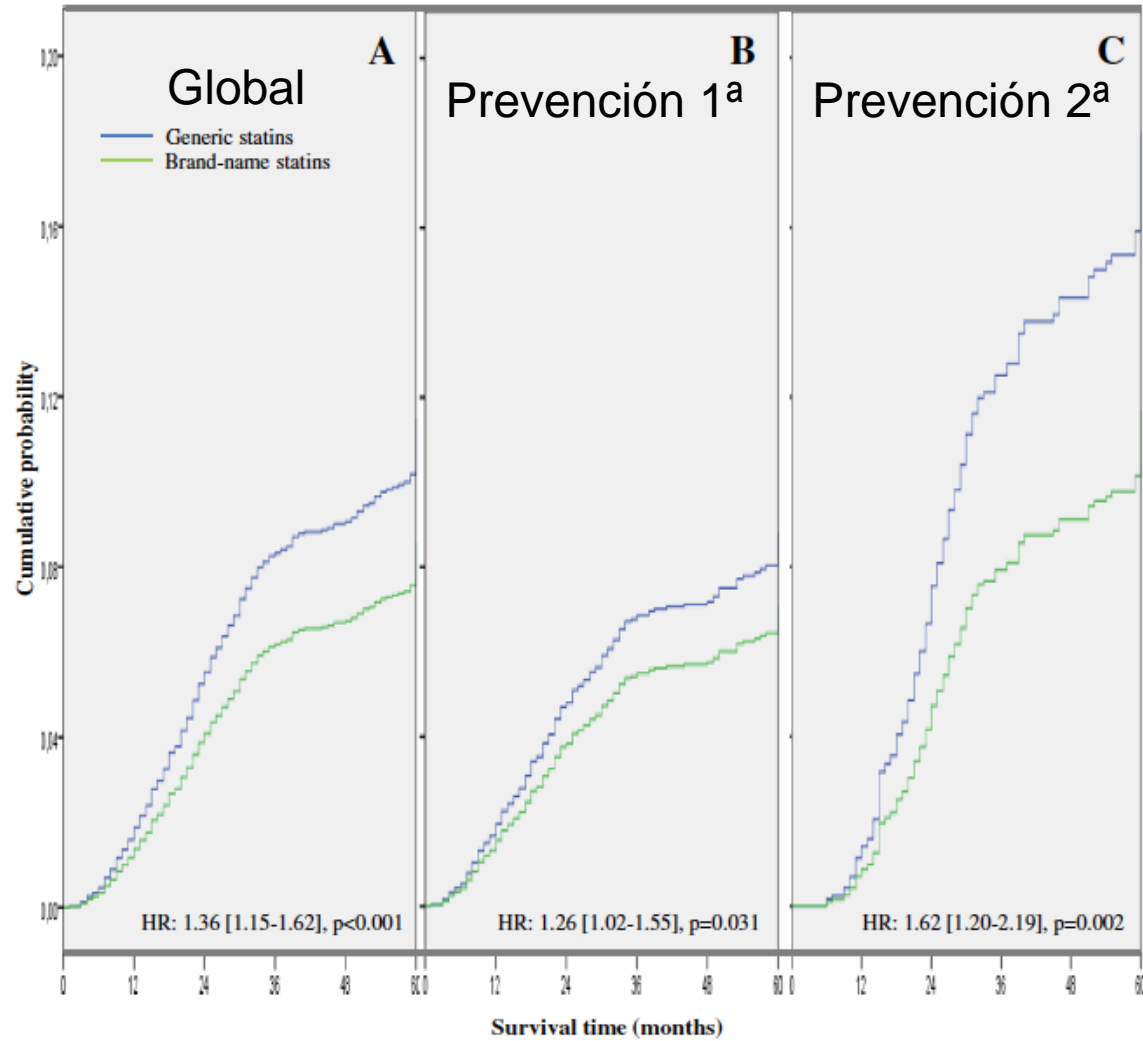
Adecuación en España a las recomendaciones terapéuticas de la guía de la ESC sobre insuficiencia cardiaca: *ESC Heart Failure Long-term Registry*

	Alcanzan dosis objetivo	No alcanzan dosis objetivo	Razón para no alcanzar dosis objetivo	
IECA (977 pacientes)	158 (16,2)	819 (83,8)	Todavía en fase de titulación	248 (30,3)
			Hipotensión sintomática	254 (31,0)
			Empeoramiento de la función renal	48 (5,9)
			Hiperpotasemia	37 (4,5)
			Tos	3 (0,4)
			Angioedema	1 (0,1)
			Otros/desconocido	228 (27,8)
ARA-II (395 pacientes)	92 (23,3)	303 (76,7)	Todavía en fase de titulación	91 (30,0)
			Hipotensión sintomática	97 (32,0)
			Empeoramiento de la función renal	27 (8,9)
			Hiperpotasemia	8 (2,6)
			Angioedema	2 (0,7)
			Otros/desconocido	78 (25,7)
Bloqueadores beta (1.413 pacientes)	186 (13,2)	1.227 (86,8)	Todavía en fase de titulación	425 (34,6)
			Hipotensión sintomática	240 (19,6)
			Bradiarritmia	111 (9,0)
			Empeoramiento de la IC	39 (3,2)
			Broncospasmo	33 (2,7)
			Empeoramiento EAP	22 (1,8)
			Disfunción sexual	7 (0,6)
			Otros/desconocido	350 (28,5)
ARM (905 pacientes)	213 (23,5)	692 (76,5)	Todavía en fase de titulación	185 (26,7)
			Hiperpotasemia	72 (10,4)
			Empeoramiento disfunción sexual	84 (12,1)
			Ginecomastia	4 (0,6)
			Otros/desconocido	347 (50,1)



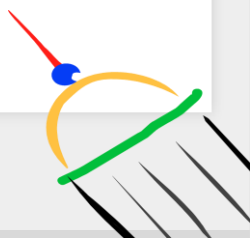
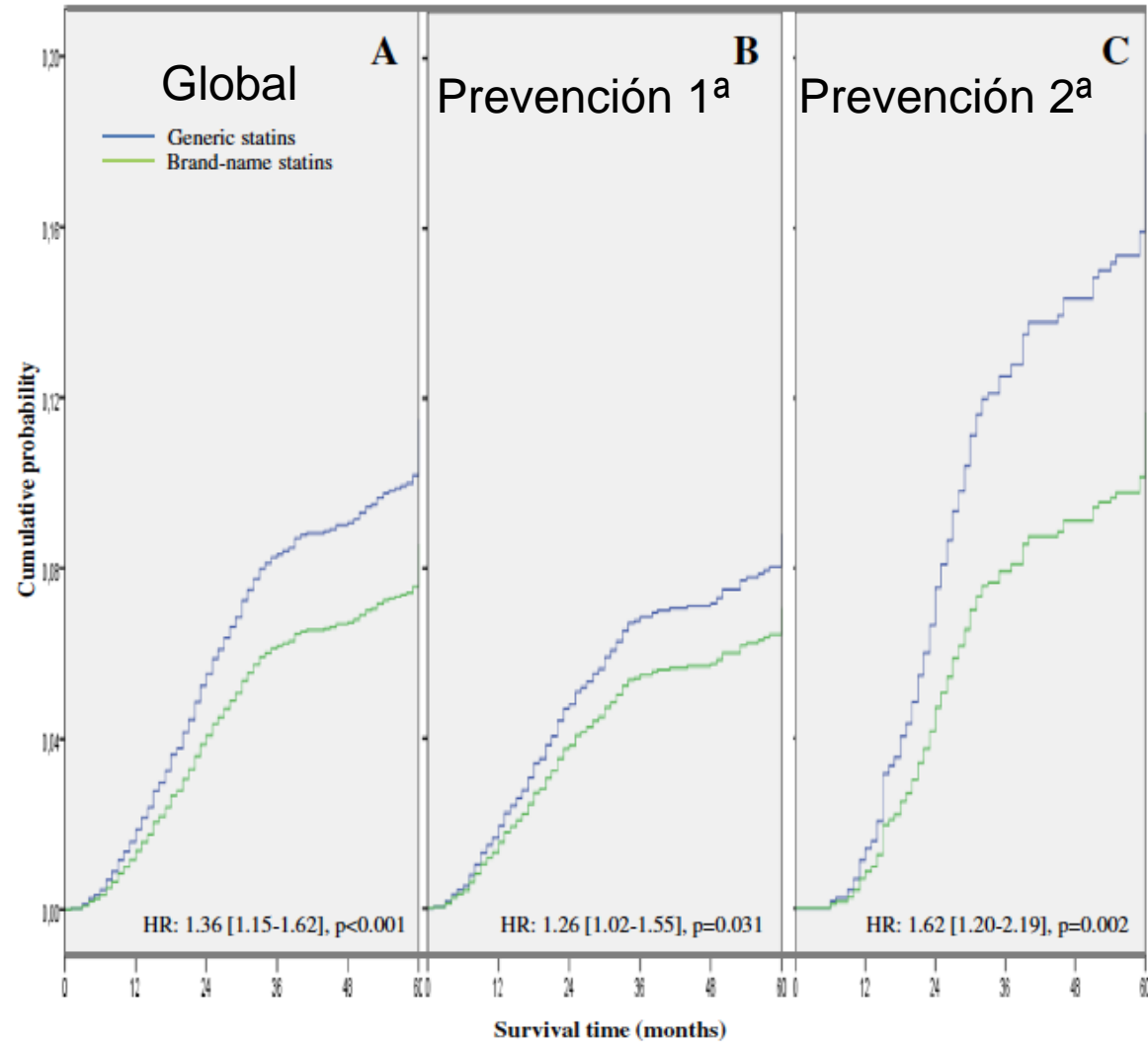
Treatment persistence and adherence and their consequences on patient outcomes of generic versus brand-name statins routinely used to treat high cholesterol levels in Spain: a retrospective cost-consequences analysis

Probabilidad de eventos CV



Treatment persistence and adherence and their consequences on patient outcomes of generic versus brand-name statins routinely used to treat high cholesterol levels in Spain: a retrospective cost-consequences analysis

Probabilidad de Muerte



Esto no debería ocurrir!!!



Indignad@s!!

@Sentid2016Comun



Mensaje de un médico harto de callar: "Nos obligan a retirar tratamientos a pensionistas y si no lo hacemos nos bajan el sueldo" #PP y #PsoE

9.047 21:06 - 31 ago. 2017

14,5 mil personas están hablando de esto

Página 1 de 1

HOJA DE SEGUIMIENTO DE CONSULTA

pellidos y
ombre: [redacted]
Sexo: Mujer Edad: 69 años
Médico actual: M [redacted]

CONSULTA
Principal motivo de consulta: REVISION DE FARMACIA Fecha de la consulta: 28/03/2019

Anamnesis
REVISION REVISION ADECUACION ESTATINAS_2019

- Edad: 69 años
- Medicamento: SIMVASTATINA
- Fecha Realización: jueves, 28 de marzo de 2019
- Estado de la revisión: Se suspende el tratamiento

- Observaciones: Paciente con bajo RCV con niveles normales de colesterol, se suspende Tto hasta nuevo control analítico

Exploracion (Sin datos asociados)

Juicios clínicos

Juicio clínico	Código	Descripción
Revision	V67.9	REVISION TRATAMIENTO.NEOM

Constantes (Sin datos asociados)

PLAN DE ACTUACIÓN

Plan de actuación (Sin datos asociados)

Texto (Sin datos asociados)

HSC registrada por: Momblan García, Maria Jesus (14657205G)

MEDICACIÓN

Registros de fármacos

Descripción	Posología	Ult. pres.	Fin trat.	Crónico
LOSARTAN 50MG, 28 COMPRIMIDOS	1.00 COMPRIMIDO/24 Horas	08/11/2018	08/11/2019	No
EUTIROX 75MCG 100 COMPRIMIDOS	1.00 COMPRIMIDO/24 Horas	08/11/2018	08/11/2019	No
ESOMEPRAZOL 20MG, 28 COMPRIMIDOS	1.00 COMPRIMIDO/24 Horas	08/11/2018	08/11/2019	No
SIMVASTATINA 20MG, 28 COMPRIMIDOS	1.00 COMPRIMIDO/48 Horas	08/11/2018	08/11/2019	No

* LT cerrada

Informe Generado por: Momblan García, Maria Jesus.
FECHA: 28/03/2019 Firma:
28/03/2019 0:19:C



El mensaje de los médicos debe ser sólo UNO: Las Guías!!!

2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias

The Task Force for the Management of Dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS)

Developed with the special contribution of the European Association
2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure

2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice

2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease

2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension

2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization

2018 ESC Guidelines for the diagnosis and management of syncope

2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation

2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS)