
DECLARACIÓN DE LOS PACIENTES CARDIOVASCULARES RESPECTO A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Impulsado por:



Con la colaboración de:



Entidades adheridas a la declaración:



1. ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) se deben a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos. El síndrome coronario agudo, el ictus y la afectación de las arterias periféricas de brazos o piernas son las manifestaciones más frecuentes, todas ellas relacionadas con una alteración del flujo sanguíneo.

1.1 CIFRAS SOBRE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Las ECV son la primera causa de morbilidad y mortalidad en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año 2015 murieron 17.7 millones de personas a causa de enfermedades cardiovasculares, un 31% de las muertes registradas en el mundo. Más del 75% de estas defunciones se producen en países de ingresos medios o bajos y, por si ello no fuera poco, se espera que para el 2030 las muertes por ECV lleguen a 23.6 millones.¹

Los datos de la OMS sobre las ECV publicados en 2017 por la *European Heart Network* indican que en Europa murieron por esta causa 3.9 millones de personas, lo que representa un total del 45% de las muertes. En la Unión Europea, fueron alrededor de 1.8 millones de personas, lo que representa un 37%.

Las ECV fueron la principal causa de defunción de mujeres en Europa menos en dos países (Dinamarca e Israel). Bulgaria tiene la tasa de mortalidad de ECV más alta tanto en hombres (60%) como mujeres (70%), mientras que en Francia (23%) y Dinamarca (25%) tienen, respectivamente, las tasas más bajas de mortalidad de hombres y mujeres.

| Países UE28 | Año | Total muertes UE | Muertes del sistema circulatorio | % Mortalidad por enfermedad cardiovascular | Coste sanitario total de les ECV | Coste total ECV |
|---------------------|------|------------------|----------------------------------|--|----------------------------------|----------------------|
| Alemania | 2014 | 868356 | 338056 | 38,93 | 28.306.051 € | 57.507.269 € |
| Austria | 2014 | 78252 | 33136 | 42,35 | 2.522.237 € | 4.740.715 € |
| Bélgica | 2013 | 109334 | 31314 | 28,64 | 2.421.246 € | 4.668.718 € |
| Bulgaria | 2013 | 104345 | 67910 | 65,08 | 343.566 € | 948.844 € |
| Croacia | 2015 | 54205 | 25694 | 47,40 | 241.894 € | 777.332 € |
| Chipre | 2013 | 5272 | 1823 | 34,58 | 80.332 € | 212.200 € |
| Dinamarca | 2014 | 50993 | 12109 | 23,75 | 961.596 € | 2.154.730 € |
| Eslovaquia | 2014 | 51345 | 22889 | 44,58 | 657.098 € | 1.272.236 € |
| Eslovenia | 2015 | 19834 | 7982 | 40,24 | 247.170 € | 541.532 € |
| España | 2014 | 395830 | 117393 | 29,66 | 9.243.461 € | 16.850.797 € |
| Estonia | 2014 | 15470 | 8250 | 53,33 | 177.808 € | 488.600 € |
| Finlandia | 2014 | 52409 | 19643 | 37,48 | 1.999.312 € | 2.924.140 € |
| Francia | 2013 | 556031 | 138894 | 24,98 | 15.195.280 € | 23.602.232 € |
| Grecia | 2013 | 111794 | 46342 | 41,45 | 1.947.804 € | 3.189.507 € |
| Hungría | 2014 | 126308 | 62786 | 49,71 | 1.511.800 € | 2.570.541 € |
| Irlanda | 2013 | 29504 | 9473 | 32,11 | 856.876 € | 1.807.823 € |
| Italia | 2012 | 613520 | 230160 | 37,51 | 15.708.130 € | 28.214.832 € |
| Letonia | 2014 | 28201 | 16071 | 56,99 | 130.396 € | 468.134 € |
| Lituania | 2015 | 41776 | 23589 | 56,47 | 226.450 € | 637.061 € |
| Luxemburgo | 2014 | 3705 | 1163 | 31,39 | 161.863 € | 258.146 € |
| Malta | 2014 | 3270 | 1231 | 37,65 | 47.632 € | 110.448 € |
| Países Bajos | 2015 | 147134 | 39300 | 26,71 | 5.527.201 € | 8.953.545 € |
| Polonia | 2014 | 376467 | 169734 | 45,09 | 4.352.521 € | 8.667.244 € |
| Portugal | 2014 | 105219 | 32286 | 30,68 | 1.174.407 € | 2.828.357 € |
| Rumania | 2015 | 260997 | 153849 | 58,95 | 1.273.766 € | 2.833.636 € |
| Reino Unido | 2013 | 576458 | 159795 | 27,72 | 12.348.406 € | 26.666.719 € |
| República Checa | 2015 | 111173 | 50969 | 45,85 | 1.480.739 € | 2.780.985 € |
| Suecia | 2015 | 91002 | 31999 | 35,16 | 1.664.424 € | 3.488.063 € |
| Total Países | | 5097538 | 1885154 | 36,98 | 110.809.466 € | 210.164.386 € |

*Últimos datos disponibles WHO. <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/whodpms/>

En España, durante el año 2015, ha habido 124.197 muertes por ECV² (29,3%), siendo la principal causa por delante del cáncer (26,4%) y de enfermedades respiratorias (12,3%). Se estima que hay 924.000 pacientes en situación de prevención secundaria, tras un evento cardiovascular. En España, el coste directo de atención sanitaria habría ascendido a 5.900 millones de euros en el 2014 y unos 1800 millones en pérdida de productividad por mortalidad prematura.³

Aunque en general, la tasa de mortalidad por enfermedades cardiovasculares va disminuyendo en la mayoría de los países de la UE, hay un porcentaje creciente de la población que convive con discapacidad y cronicidad causada por las ECV debido a la mayor longevidad y a la mayor supervivencia de las personas que han sufrido un evento.

De hecho, las enfermedades cardiovasculares son una de las cuatro principales enfermedades agrupadas dentro de las denominadas "enfermedades no transmisibles o crónicas" que, junto al cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, causan el 70% de las muertes que se producen en el mundo y el 80% de todas las muertes prematuras⁴.

En la actualidad, el coste total de las ECV en Europa es de aproximadamente 201 billones de euros al año, de los cuales el 53% son por costes directos, un 26% en pérdida de productividad y un 21% en cuidado indirecto de las personas con ECV.⁵

Los costes para los sistemas sanitarios a causa de las enfermedades crónicas son elevados, y se prevé que aumentarán. De hecho, los análisis económicos sugieren que cada aumento del 10% de las enfermedades crónicas se asocia a una disminución del 0,5% del crecimiento anual de la economía⁶.

Ante esta situación, la OMS señala como primera meta mundial en el “Informe sobre la situación Mundial de las enfermedades no transmisibles”⁷ la reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25% para 2025. Además de ello, los Estados Miembros de la OMS han llegado a un acuerdo con respecto a un conjunto de ocho metas mundiales más de aplicación voluntaria sujeta a plazo, que deberían alcanzarse de aquí a 2025. Estas metas/objetivos están centrados en reducir el uso nocivo del alcohol, la actividad física insuficiente, la ingesta de sal o sodio, el consumo de tabaco y la hipertensión; detener el aumento de la diabetes y la obesidad y mejorar la cobertura del tratamiento para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. También hay una meta relativa a la mejora de la disponibilidad y asequibilidad de tecnologías y medicamentos esenciales para tratar las enfermedades no transmisibles. Los países han de realizar progresos con respecto a todas ellas para alcanzar de aquí a 2025 la meta general de reducir en un 25% la mortalidad prematura por las cuatro principales enfermedades no transmisibles.

1.2 FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

La prevención en la enfermedad cardiovascular es fundamental. Tal es así que los expertos reconocen que el 90% de la enfermedad cardiovascular responde a siete factores de riesgo, la mayoría de los cuales son reflejo de nuestro comportamiento: tabaquismo, sedentarismo, tensión arterial alta, azúcar en sangre elevado, colesterol alto, dieta y sobrepeso u obesidad⁸.

Es importante señalar que el control poblacional de los principales factores de riesgo cardiovasculares (FR) es todavía muy bajo en España: 22,7% para la hipertensión arterial (HTA) y 13,2% para el colesterol. De hecho, junto con las diferencias territoriales en prevalencia y grado de control de factores de riesgo, este factor revela el amplio margen existente aún para la prevención en nuestro entorno⁹.

En este sentido, la O.M.S. estima que con una ligera prevención de los FR se lograría reducir los episodios de esta índole a la mitad. Además, mediante un estilo de vida más saludable se podría prevenir más de tres cuartas partes de la mortalidad por causa cardiovascular.¹⁰ Por ello las estrategias poblacionales en salud se centran en la promoción de estilos de vida saludables y la reducción de los factores de riesgo en la población.

En concreto, podemos agrupar los factores más comunes de riesgo cardiovascular en tres subgrupos: los *factores de riesgo metabólicos*, donde destaca una elevada presión sanguínea (hipertensión), un nivel elevado de glucosa en sangre (diabetes) y una alta concentración de lípidos (hipercolesterolemia), así como el sobrepeso y la obesidad; *factores de riesgo conductuales*, derivados del estilo de vida del individuo, como son una dieta poco saludable, rica en sal, grasas y/o calorías, la inactividad física y el abuso de tabaco y/o alcohol; y *otros factores* que engloba aquellos de carácter socioeconómico (como un bajo nivel de ingresos, bajo nivel de estudios, edad avanzada, ser mujer, etc.) y otros de carácter más psico-biológico (antecedentes familiares, predisposición genética, o padecer enfermedades mentales como estrés o depresión).

Para controlar los factores de riesgo, la última guía terapéutica sobre la prevención secundaria de los eventos cardiovasculares en la práctica clínica¹¹ especifica cómo los profesionales sanitarios y la administración deben intervenir individual y colectivamente para proponer acciones para reducir los FR, tales como: incidir en los estilos de vida de las personas con ECV, proponiendo comportamientos individualizados y estrategias a escala poblacional sobre el comportamiento sedentario con la prescripción de ejercicios que promuevan la actividad física, reduciendo el hábito de fumar, y procurando tener una nutrición equilibrada gracias a una alimentación saludable. Pero no solo se limita a los hábitos conductuales, sino también a los factores de riesgo metabólicos como el control de la hipertensión, del peso corporal o de los lípidos en sangre mediante tratamientos farmacológicos (polimedicación o tratamientos combinados), en el cual la adherencia terapéutica juega un papel indispensable para un correcto seguimiento para la prevención secundaria en las ECV.

2. LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

En Europa 3 de cada 10 pacientes no se adhieren al tratamiento terapéutico y en España los datos aún son peores, ya que son 5 de cada 10 las personas que no se adhieren. Otro dato relevante es que en Europa 5 de cada 10 pacientes fracasan en el cumplimiento en tratamientos de larga duración.

Concretamente en los casos de ECV, la adherencia se encuentra en un 57% en Europa. En España, según la última revisión documentada y avalada por la Sociedad Española de Cardiología (SEC), el porcentaje de adherencia en prevención secundaria (es decir, entre aquellos pacientes que ya han tenido un evento cardiovascular previo) es del 56%, lo que significa que un 44% de pacientes no son adherentes.

En la UE, el número de defunciones asociado con la no adherencia a la medicación prescrita es de 194.500 por año, y el coste estimado es de 125 billones de Euros. (DATOS respectivos países).

En España, el coste sanitario y económico de la falta de adherencia ha quedado demostrado en un estudio reciente donde se indica que añadiendo tan solo un punto porcentual en el cumplimiento terapéutico de la prevención secundaria de las enfermedades cardiovasculares (es decir, la que se prescribe tras haber padecido un accidente de esta índole), llevaría consigo un gasto evitable de 10.900.627 euros a la sanidad pública. Asimismo, un incremento de 10 puntos porcentuales en mejorar la adherencia prevendría 8.700 muertes y 7.650 episodios causados por ECV, con un gasto evitable de 75 millones de Euros al sistema sanitario.

Según la OMS, la adherencia terapéutica se define como *el grado en que el comportamiento de una persona – tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del estilo de vida– se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria*¹².

La adherencia implica dos vertientes: el tratamiento no-farmacológico basado en modificaciones en los estilos de vida como la mejora en la alimentación, la realización de actividad física diaria y el abandono del alcohol y el tabaco; así como el tratamiento farmacológico, es decir, la toma adecuada de la medicación (de acuerdo con la dosificación y el programa prescrito por el profesional sanitario). Así, se considera que la adherencia terapéutica es un proceso de comportamiento complejo que requiere de: “una participación activa, voluntaria y colaboradora del paciente en el curso sobre su propio comportamiento”, solo así se produce un resultado terapéutico.

2.1 CAUSAS Y CONSECUENCIAS DE LA FALTA DE ADHERENCIA

Una buena adherencia terapéutica se relaciona con una mejora en la calidad y la esperanza de vida del paciente, mientras que una mala adherencia conlleva un peor control de la enfermedad, que deriva en un mayor número de complicaciones en la salud del paciente además del consecuente coste socioeconómico para el sistema.

A pesar de los beneficios asociados a la adherencia terapéutica, los datos citados previamente demuestran que el nivel de cumplimiento es bajo, lo que indica que todavía queda mucho trabajo por hacer. La falta de adherencia terapéutica constituye un problema de gran magnitud a nivel mundial y representa uno de los principales obstáculos para mejorar la salud, la calidad de vida de los pacientes, y la reducción del coste socio-sanitario¹³.

Tal y como indica la OMS “*el incumplimiento del tratamiento es la principal causa de que no se obtengan todos los beneficios que los medicamentos pueden proporcionar a los pacientes. El incumplimiento está en el origen de complicaciones médicas y psicosociales de la enfermedad, reduce la calidad de vida de los pacientes, aumenta la probabilidad de aparición de resistencia a los fármacos y desperdicia recursos asistenciales*”¹⁴.

Por un lado, para el paciente supone un aumento en la tasa de eventos relacionados con las ECV, que conlleva una peor calidad de vida, e incluso la muerte, mientras que para el profesional sanitario supone un incremento en la carga asistencial, debido a que las complicaciones son cada vez más severas y a los consecuentes ingresos hospitalarios. Además, ello también repercute en el sistema sanitario generando mayores costos económicos y peores resultados de salud.

“*La falta de adherencia terapéutica representa una importante barrera en la prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular (ECV) y, en consecuencia, para poder alcanzar unos niveles de excelencia asistencial*”¹⁵. Existen diferentes razones que causan esta falta de adherencia: relacionadas con el propio paciente (como la edad, el género y un estatus educativo y socioeconómico bajo); con la cronicidad (complejidad del tratamiento, costes de la medicación, efectos secundarios) y el carácter asintomático de la propia enfermedad; y del sistema sanitario y de los profesionales que trabajan en él (ausencia de infraestructuras, falta de herramientas, adecuación de la relación entre paciente y profesional).

La principal causa de abandono del tratamiento en la ECV está vinculada con una inadecuada comprensión de la enfermedad, que se debe a tres factores principales: la falta de percepción del propio paciente de su vulnerabilidad, la falta de información del paciente sobre el tratamiento y la falta de instrucciones concisas de los profesionales sanitarios. Cuando el tratamiento es complejo, es decir, el número de medicinas son elevadas, la adherencia se ve reducida. La adherencia es inversamente proporcional al número de dosis, es decir, a mayores pastillas/dosis, menor es la adherencia¹⁶. En conclusión, tomar muchas pastillas diariamente es un determinante de la falta de adherencia, lo que acaba amenazando la salud de los pacientes.

La reducción del copago, los recordatorios automáticos mediante aplicaciones móviles, facilitar los pedidos por correo a las farmacias, el asesoramiento de un profesional de la salud y las terapias de combinación de dosis fija, son medidas que han demostrado que mejoran el cumplimiento terapéutico¹⁷. La simplificación de los regímenes terapéuticos en terapias de combinación fija es una estrategia complementaria para mejorar la adherencia al tratamiento de muchos tipos de enfermedades y cuentan, además, con la percepción favorable de los pacientes¹⁸. Las combinaciones fijas también permiten reducir los costes de producción y distribución, con lo que mejora la asequibilidad del tratamiento¹⁹.

Promover cambios como empoderar al paciente, involucrándolo en las decisiones sobre su tratamiento y considerando sus experiencias y preferencias, simplificar el tratamiento o mejorar la comunicación entre profesionales sanitarios y pacientes, aportaría una clara mejora en la adherencia terapéutica para la prevención secundaria de las ECV.

3. DECLARACIÓN DE LOS PACIENTES CARDIOVASCULARES

Este documento está destinado a **promover la adherencia terapéutica en los pacientes con enfermedad cardiovascular, prevenir la discapacidad y reducir las muertes evitables, para alcanzar una mejora de la calidad de vida y del bienestar de los pacientes y sus familias.**

Objetivo general

Incidir en la optimización de la adherencia terapéutica (farmacológica y no farmacológica) con el fin de mejorar el estado de salud del paciente y de su calidad de vida, y, en consecuencia, reducir la posibilidad de sufrir un segundo evento cardiovascular que pueda agravar o caer en una discapacidad o incluso la muerte.

Objetivos específicos

- Concienciar al paciente de la importancia de mantener una buena adherencia terapéutica, especialmente para prevenir un nuevo evento.
- Potenciar un rol más activo del paciente, implicándolo en la toma de decisiones que afecten a su enfermedad.
- Detectar de forma precoz la mala adherencia terapéutica
- Asegurar el acceso al mejor tratamiento y generar medidas y recomendaciones para garantizar la calidad en la atención sanitaria
- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario

Desde Cardioalianza y en conjunto con las organizaciones de ECV de ámbito europeo firmantes de esta declaración,

INSTAMOS A TODOS LOS AGENTES IMPLICADOS EN LA SALUD CARDIOVASCULAR

a trabajar para mejorar la adherencia terapéutica en Europa y proponemos una serie de recomendaciones que ayudarán a los propios pacientes, familiares y al resto de actores del sistema sanitario a controlar y mejorar el bienestar de las personas con ECV.

Por ello, MANIFESTAMOS que todo **paciente** debería de:

- **Controlar los principales factores de riesgo cardiovascular y seguir un estilo de vida saludable.** Realizando las revisiones periódicas en cuanto a los principales factores de riesgo y siguiendo las pautas recomendadas para la vida diaria, como la realización de ejercicio de forma regular, el seguimiento de una alimentación equilibrada, además del consumo responsable de alcohol y de no fumar.
- **Adquirir el compromiso de corresponsabilizarse de la enfermedad.** El paciente debe ser el primer implicado en conocer la enfermedad cardiovascular, sus posibles causas y consecuencias y seguir las recomendaciones para poder prevenir un nuevo evento cardiovascular.
- **Cumplir con la pauta farmacológica prescrita por su médico.** El paciente debe entender la importancia que conlleva seguir el tratamiento prescrito y las consecuencias de su incumplimiento.
- **Pedir ayuda en caso de necesitarlo.** Afrontar la enfermedad y sus diferentes facetas es un proceso complejo para el paciente, que no tiene porqué pasarlo solo. Puede compartir su experiencia con otros pacientes que sufren la misma patología, con su especialista o médico de cabecera y con organizaciones de pacientes. Todos estos actores pueden ayudarle de diferentes maneras: las organizaciones de pacientes nacen con el objetivo de facilitar actividades de soporte para otras personas que están en su misma situación; además, el hablar con otro paciente “de igual a igual” se ha demostrado que ejerce un efecto positivo en el curso de la enfermedad. A su vez, los profesionales sanitarios pueden ofrecerle ayuda psicológica si la necesita, ya que es normal que el diagnóstico de toda enfermedad repercuta también en la salud mental del individuo.
- **Tomar un rol más activo en consulta.** Prepararse la visita antes de asistir a la consulta, es decir, conocer los distintos tratamientos disponibles y preguntar por el más beneficioso en su caso, conocer los nombres de los fármacos/principios activos por si les preguntan, saber qué dudas queremos que nos aclare el médico o solicitar información impresa para informarse/consultar en el hogar.
- **No dejarse llevar por el síndrome de la “bata blanca”.** No salir nunca de la consulta sin cerciorarse previamente que ha comprendido toda la información facilitada por el profesional sanitario. Si no se ha entendido algo lo mejor es volver a preguntar y, si es necesario, solicitar que utilicen un lenguaje fácil de comprender. La comunicación médico-paciente debe ser fluida y ello también depende, en parte, del paciente.

- **Siempre que sea posible, ir acompañado de otra persona a la consulta.** En ocasiones el contexto de la visita médica conlleva un estado de tensión para el paciente que afecta a la comprensión de toda la información o a no realizar las preguntas adecuadas. Ir acompañado puede facilitar el desarrollo de la consulta a la vez que permite que el acompañante se implique más en la gestión de la enfermedad.

Para que ello sea posible se tiene que propiciar una serie de condiciones por parte de otros agentes sanitarios involucrados en el manejo del paciente cardiovascular. Solo de este modo podemos, todos juntos, lograr una mejora de la adherencia terapéutica.

SOLICITAMOS a los **profesionales sanitarios:**

- **Explicar al paciente los beneficios y la importancia del cumplimiento del tratamiento integral,** así como las consecuencias de su incumplimiento. Si queremos que el paciente siga el tratamiento prescrito, es importante que éste entienda los beneficios que le aportará sobre su calidad de vida, así como las posibles consecuencias del no cumplimiento.
- **Personalizar el tratamiento dependiendo del contexto personal, social y clínico del paciente,** especialmente en aquellos pacientes no cumplidores o en riesgo de no cumplir con la pauta de tratamiento. Para ello, es importante identificar las expectativas que tiene el paciente e intentar mitigar las barreras para poder elegir, juntos, las mejores alternativas de tratamiento.
- **Adaptar el lenguaje de las explicaciones médicas según el perfil de paciente** que estamos tratando, con el fin de asegurarnos de que haya entendido la información que le estamos dando. En pacientes que lo demanden, ofrecer materiales complementarios que faciliten la comprensión de la información aportada.
- **Implicar al paciente en la gestión de su enfermedad y en el control de los factores de riesgo.** Empoderar al paciente incluyéndolo en la toma de las decisiones referentes al tratamiento y seguimiento de la enfermedad para que éste involucrado. Es importante motivarle para que se sienta reconocido, cuando siga con éxito las pautas marcadas por su profesional sanitario.
- **Intentar acortar los periodos de tiempo entre visitas,** especialmente en aquellos pacientes en riesgo de no adherencia. De este modo el profesional puede realizar un seguimiento más continuado al paciente y verificar que el paciente está cumpliendo con el tratamiento.
- **Detectar si el paciente necesita ayuda psicológica/apoyo emocional.** Saber identificar si el paciente ha aceptado bien su enfermedad para poderle ofrecer ayuda psicológica en caso de que lo necesite, así como recomendar visitar a una asociación de pacientes afectados por la misma patología.
- **Coordinarse con las otras especialidades y con atención primaria, en caso necesario de detección de mala adherencia.** Compartir y/o preguntar a otros profesionales sanitarios que atienden al mismo paciente para poder valorar, entre todos, el mejor tratamiento. Seguir una estrategia de atención integral del plan terapéutico.

RECLAMAMOS a la **administración pública**:

- **Diseñar y crear programas específicos para la detección precoz** de aquellos pacientes que no están cumpliendo correctamente con el tratamiento, prestando especial atención a pacientes en riesgo por su situación socioeconómica.
- **Promocionar campañas sobre la importancia del buen control de los factores de riesgo cardiovascular** (colesterol, hipertensión, diabetes, obesidad, tabaquismo, etc.), y la promoción de hábitos de vida saludables (realización de ejercicio y alimentación equilibrada).
- **Garantizar el acceso a las mejores alternativas terapéuticas disponibles para todos los pacientes**, sin excepción, con independencia del área geográfica a la que pertenezcan, de sus recursos económicos o nivel de estudios.
- **Poner a disposición de los pacientes herramientas y alternativas que le permitan gestionar mejor su medicación**, como pastilleros, aplicaciones móviles de recordatorio, combinaciones de fármacos para una sola toma diaria, etc. En definitiva, facilitar al paciente polimedicado y a sus cuidadores herramientas que les permitan llevar un registro de las prescripciones o alertar /recordar la administración de dosis.
- **Facilitar la coordinación entre los distintos niveles de la atención sanitaria** (primaria y especializada). Diseñar programas de estrategias de atención colaborativa e integral entre médicos de atención primaria, enfermería, especialistas y farmacéuticos, enfocados a garantizar el cumplimiento de la adherencia, especialmente entre aquellos pacientes con distintas comorbilidades.

4. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ World Health Organization (WHO). (2017) Cardiovascular diseases (CVDs) – Factsheet N°317. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/>.
- ² Instituto Nacional de Estadística (INE): Defunciones según la causa de muerte 2015. Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p417/a2015/l0/&file=01000.px&L=0>.
- ³ Centre for Economics and Business Research. The rising cost of cvd 2014. Available at: <https://cebr.com/reports/the-rising-cost-of-cvd/>
- ⁴ WHO. (2017) Enfermedades no transmisibles - Factsheets N) 355. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
- ⁵ Wilkins E, Wilson L, Wickramasinghe K, Bhatnagar P, Leal J, Luengo-Fernandez R, Burns R, Rayner M, Townsend N. (2017). European Cardiovascular Disease Statistics 2017. European Heart Network, Brussels. Available at: <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf> .
- ⁶ WHO (2010) Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. RESUMEN DE ORIENTACIÓN. Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- ⁷ WHO (2014) Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf
- ⁸Entrevista a Valentí Fuster.4 de septiembre 2017. Disponible en: <http://www.larazon.es/atusalud/salud/valentin-fuster-el-90-de-la-patologia-cardiovascular-responde-a-siete-factores-de-riesgo-GM15919069>
- ⁹ Royo-Bordonada MÁ, Armario P, Lobos Bejarano JM, Botet JP, Villar Alvarez F, Elosua R et al en nombre del Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC). Adaptación española de las guías europeas de 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. Rev Esp Salud Pública. 2016;Vol.90: 24 de noviembre: e1–e24. Disponible en: http://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/C_ESPECIALES/RS90C_CEIPC2016.pdf
- ¹⁰ Plaza Celemín, L. (Coordinador) et. Al. (2015) Disminuir la enfermedad cardiovascular, un objetivo prioritario: Informe sobre la enfermedad cardiovascular en España. FEC
- ¹¹ Piepoli M, Hoes A, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano A, et al. (2016) European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice Eur Heart J; 37(29):2315-81.
- ¹² Sabaté, E. (2003) Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. Available in: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42682/9241545992.pdf;jsessionid=1F8B6A3240B3C7B73EA8662AB94371DB?sequence=1>
- ¹³ Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre enfermedades crónicas 2008.
- ¹⁴ Declaraciones del Dr. Derek Yach, Director Ejecutivo de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental, Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota de prensa OMS 2003.
- ¹⁵ López-Sendón J, González-Juanatey JR, Pinto F, Cuenca Castillo J, Badimón L, Dalmau R, et al. Indicadores de calidad en cardiología. Principales indicadores para medir la calidad de los resultados (indicadores de resultados) y parámetros de calidad relacionados con mejores resultados en la práctica clínica (indicadores de práctica asistencial). INCARDIO (Indicadores de Calidad en Unidades Asistenciales del Área del Corazón): Declaración de posicionamiento de consenso de SEC/SECTCV. Rev Esp Cardiol. 2015;68:976–995.e10.

¹⁶ Gutiérrez–Angulo, M. L., Lopetegi–Uranga, P., Sánchez–Martín, I., & Garaigordobil Landazabal, M. (2012). Cumplimiento terapéutico en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus 2. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.cali.2011.09.008>

¹⁷ Phan K, Gomez YH, Elbaz L, Daskalopoulou SS. Statin treatment non–adherence and discontinuation: clinical implications and potential solutions. *Curr Pharm Des*. 2014;20:6314–24.

¹⁸ Bryant L, Martini N, Chan J, Chang L, Marmoush A, Robinson B, et al. Could the polypill improve adherence? The patient perspective. *J Prim Health Care*. 2013;5:28–35.

¹⁹ Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria, bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). *Rev Esp Cardiol*. 2012;65(Supl 2):10–6.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA:

Barrios, V., Kaskens, L., Castellano, J., Cosin–Sales, J., Emilio Ruiz, J., Zsolt, I., ; Gracia, A. (2016). *Usefulness of a Cardiovascular Polypill in the Treatment of Secondary Prevention Patients in Spain: A Cost–effectiveness Study*. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. <https://doi.org/10.1016/j.rec.2016.05.009>

Becerra V, Gracia A, Desai K, Abogunrin S, Brand S, Chapman R, et al. (2015) Cost–effectiveness and public health benefit of secondary cardiovascular disease prevention from improved adherence using a polypill in the UK. *BMJ Open* [Internet];5(5):e007111. *Available from:* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4452741/>

Bernick, S. (2014) *The economic cost of cardiovascular disease from 2014–2020 in six European economies*. Cebr. London.

Castellano JM, Sanz G, Fernandez Ortiz A, Garrido E, Bansilal S, Fuster V. (2014) A polypill strategy to improve global secondary cardiovascular prevention: from concept to reality. *J Am Coll Cardiol* 64:613–21.

Chowdhury, R., Khan, H., Heydon, E., Shroufi, A., Fahimi, S., Moore, C., Franco, O. H. (2013). Adherence to cardiovascular therapy : a meta–analysis of prevalence and clinical consequences, 2940–2948. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehs295>

Cosin–sales, J., Ruiz, E., Barrios, V., Kaskens, L., & Zsolt, I. (2017). Utilidad de un policomprimido cardiovascular en el tratamiento de pacientes en prevención secundaria en España : un estudio de pacientes en prevención de coste–efectividad, *Revista española de Cardiología* 70(1), 42–49.

Fuster, V., Gambús, F., Patriciello, A., Hamrin, M., & Grobbee, D. E. (2017). The polypill approach - An innovative strategy to improve cardiovascular health in Europe, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s40360-016-0102-9>

González–Juanatey JR, Mostaza JM, Lobos JM, Abarca B, Llisterri JL. (2016) Nuevo enfoque terapéutico para la prevención secundaria del riesgo cardiovascular. Documento de consenso del uso clínico de la Polypill. Disponible en: http://www.revespcardiol.org/contenidos/static/docs/Consenso%20Polypill_v4_2.pdf.

Kolandaivelu, K., Leiden, B. B., Gara, P. T. O., & Bhatt, D. L. (2014). Clinical update Non–adherence to cardiovascular medications, 3267–3276. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu364>

Jan S, Usherwood T, Brien JA, et al. (2011). What determines adherence to treatment in cardiovascular disease prevention? Protocol for a mixed methods preference study. *BMJ Open* 2:e000372. doi:[10.1136/bmjopen-2011-000372](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000372)

Jin, J., Sklar, G. E., Min, V., & Oh, S. (2008). Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective, 4 (1), 269-286.

Ho M, Bryson CL, Rumsfeld JS. (2009) Medication adherence. Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation* 119:3028-35.

Laba TL, Howard K, Rose J, et al. (2015) Patient preferences for a polypill for the prevention of cardiovascular diseases. *Ann Pharmacother* 49: 528-39.

Mclinpharm, L. B., Martini, N., Bpharm, J. C., Bpharm, L. C., Robinson, B., Yu, K., & Wong, M. (2013). Could the polypill improve adherence ? The patient perspective, 5(1), 28-36.

Mendis S, Puska P, Norrving B. Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization, 2011.

Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al.(2012) Sociedad Europea de Prevención y Rehabilitación cardiovascular (EACPR). Guía europea sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica (versión 2012). *Rev Esp Cardiol* 65(10):937. e1-e66

Tamargo, J., Castellano, J. M., & Fuster, V. (2015). The Fuster–CNIC–Ferrer Cardiovascular Polypill : a polypill for secondary cardiovascular prevention, 1, 15-23. [https://doi.org/10.1016/S0167-5273\(15\)31028-7](https://doi.org/10.1016/S0167-5273(15)31028-7)

WHO. (2016) Hearts: technical package for cardiovascular disease management in primary health care. Geneva. Available at: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252661/1/9789241511377-eng.pdf?ua=1>