

# Adherencia terapéutica en los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario

## Autoras

María Loreto Barroso Morales<sup>1</sup>, Inmaculada Mora Sánchez<sup>2</sup>, Carmen Elia Sierra Hernández<sup>2</sup>.

**1** Enfermera. Coordinadora Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

**2** Enfermera. Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

### Dirección para correspondencia

María Loreto Barroso Morales  
Complejo Hospitalario Universitario de Canarias  
Unidad de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista  
Ofra s/n. La Cuesta  
38320 La Laguna, Santa Cruz de Tenerife  
**Correo electrónico:**  
loretobm@gmail.com

## Resumen

La adherencia terapéutica es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos. Las enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de mortalidad y si tenemos en cuenta que los principales factores de riesgo son modificables, la prevención primaria es fundamental. La prevención secundaria es igual de importante: el abandono del tratamiento tras un evento agudo supone un incremento en la aparición de nuevos eventos cardiovasculares y un aumento de la mortalidad. Nuestro objetivo es conocer el grado de adherencia terapéutica de los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario, determinar si su situación socioeconómica ha influido en la adherencia terapéutica y evaluar si la rehabilitación cardíaca ha favorecido dicha adherencia.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal con los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias durante el año 2018. El método de recogida de datos fue la historia clínica electrónica y encuesta telefónica con cuestionarios validados.

**Resultados y conclusiones.** Los pacientes no conocen su enfermedad pero presentan buena adherencia terapéutica independientemente del sexo y de factores socioeconómicos, incluso son más adherentes si padecen enfermedades crónicas previas. Los pacientes que recibieron rehabilitación cardíaca mostraron una alta adherencia y cumplen mejor con los cambios en el estilo de vida y en el control de los factores de riesgo cardiovascular.

**Palabras clave:** cumplimiento y adherencia terapéutica, síndrome coronario agudo, factores de riesgo, prevención secundaria.

## Therapeutic adherence in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention

### Abstract

One of the most important factors for treatment effectiveness is therapeutic adherence or compliance. Cardiovascular diseases are the most common cause of death worldwide and, considering that major risk factors are modifiable, primary prevention is essential. Secondary prevention also has an important role. Treatment dropout after an acute event increases the occurrence of

new cardiovascular events and the mortality rate. The aim of this study is to establish the therapeutic adherence rate in patients who underwent primary percutaneous coronary interventions; determine the impact of socio-economic status on treatment adherence; and evaluate whether cardiac rehab positively contributes to treatment adherence.

**Methods and materials.** Descriptive cross-sectional study of patients who underwent primary percutaneous coronary interventions in the Complejo Hospitalario Universitario de Canarias during 2018. Electronic medical records and validated-questionnaire telephone interviews were used for data collection.

**Results and conclusions.** Although patients do not have a clear understanding of their cardiovascular disease, they demonstrate strong therapeutic compliance regardless of sex or socio-economic factors. Data shows that patients are more likely to maintain therapeutic adherence when they have other chronic co-morbidities. However, patients receiving cardiac rehab present a higher treatment adherence rate and better compliance with changes in lifestyle habits and control of cardiovascular risk factors.

**Keywords:** therapeutic adherence and compliance, acute coronary syndrome, risk factors, secondary prevention.

Enferm Cardiol. 2021; 28 (82): 46-51.

## INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica es uno de los principales condicionantes de la efectividad de los tratamientos. El incumplimiento del tratamiento explica las diferencias que se observan entre la eficacia y la efectividad de los medicamentos y de las medidas terapéuticas que deben adoptar los pacientes<sup>1</sup>. La adherencia terapéutica deficiente es la principal razón del beneficio clínico subóptimo; causa complicaciones médicas y psicosociales, reduce la calidad de vida de los pacientes y desperdicia los recursos de atención de salud. Los problemas de adherencia terapéutica se observan siempre que se requiere autoadministrar el tratamiento, independientemente del tipo y la gravedad de la enfermedad y de la accesibilidad a los recursos de salud<sup>2,3</sup>.

En los países desarrollados la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas solo alcanza el 50%<sup>4</sup>. En España se estima que el 50% de los pacientes no son cumplidores a los tratamientos prescritos<sup>12</sup>, lo cual supone un importante problema de salud pública. En nuestro país, las enfermedades cardiovasculares suponen la primera causa de mortalidad<sup>5</sup>. La adherencia terapéutica ha sido especialmente estudiada en los pacientes con alto riesgo cardiovascular, es decir, pacientes con hipertensión, diabetes o dislipemias. Los principales factores de riesgo cardiovascular son modificables por lo que la prevención primaria es fundamental, no obstante, la prevención secundaria es igual de primordial: el abandono del tratamiento tras un evento agudo supone un incremento en la aparición de nuevos eventos cardiovasculares y un aumento de la mortalidad<sup>6,7</sup>. Se ha identificado que en la enfermedad cardiovascular el 22,4% de los pacientes abandonan los tratamientos prescritos por los médicos de atención hospitalaria y hasta un 39,4% en el caso de los indicados por los médicos de atención primaria<sup>8</sup>.

El estudio ENRICA realizado entre 2008 y 2010 sobre una muestra de 11.957 personas, representativas de la población española mayor de 18 años, demostró que el control poblacional sobre los factores de riesgo cardiovascular es muy bajo (desde un 22,7% para la hipertensión arterial al 13,2% para la dislipemia)<sup>8</sup>.

El estudio EUROASPIRE III demostró que el cumplimiento del

tratamiento farmacológico cae rápidamente pocas semanas después del alta<sup>8</sup>.

Según un informe elaborado por la Sociedad Española de Cardiología, basado en los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística sobre las causas de mortalidad del año 2013, y hechos públicos en el Día Europeo de la Prevención del Riesgo Cardiovascular en 2015, en la comunidad canaria el índice de muertes por patologías cardiovasculares se sitúa sobre el 22,8%, ocho puntos por debajo de la media nacional, que se sitúa en torno al 30,9%<sup>5</sup>. No obstante, la prevalencia de factores de riesgo entre la población es muy alta (obesidad, diabetes e hipercolesterolemia) y la fragmentación del territorio puede dificultar el acceso a las terapias de reperfusión y a los programas de prevención secundaria.

Aspectos relacionados con estas enfermedades tales como la irregularidad de su curso clínico, la complejidad de los tratamientos y algunos aspectos socioculturales y psicológicos, determinan en muchos casos la falta de adherencia<sup>9</sup>. En estas patologías la dificultad que plantean los tratamientos no farmacológicos asociados, que a menudo implican cambios en los hábitos de vida, pueden suponer una barrera importante para la adherencia, entendida como el cumplimiento farmacológico y no farmacológico<sup>1,2,3,10</sup>.

Hay que diferenciar el término adherencia de otros conceptos relacionados como el cumplimiento y la persistencia. El cumplimiento hace alusión al grado en el que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescrito; la persistencia está relacionada con el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, el tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción. Para que un paciente sea adherente debe ser a su vez cumplidor y persistente<sup>4,11</sup>.

Planteamos la definición basada en la propuesta por Haynes y Rand de 1979 y 1993 que utiliza la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su informe sobre la adherencia terapéutica y pruebas para la acción de 2004 y que define la adherencia terapéutica como: El grado en que el comportamiento de una persona (toma de medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) se corresponde con las

recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria<sup>1</sup>.

Esta definición implica y reconoce el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, expresa la necesidad de una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud en contraposición con la falta de participación del paciente en términos de cumplimiento que implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden.

La adherencia está un paso por encima del simple cumplimiento y viene definida por tres componentes: iniciación, ejecución y discontinuación<sup>2,3</sup>. La falta de adherencia puede ocurrir en cualquiera de estas fases o en varias a la vez. El proceso comienza con el inicio del tratamiento, con la toma de la primera dosis de la medicación prescrita y continúa con la ejecución, entendida como el grado en el que la pauta prescrita por el médico corresponde con la pauta real que toma el paciente desde la primera hasta la última dosis. Finalmente, la discontinuación marca el final de la terapia, cuando antes de finalizar el tratamiento prescrito, se omite la siguiente dosis y no hay más tomas de dosis. La iniciación tardía o la no iniciación del tratamiento y la interrupción temprana son algunos ejemplos.

La enfermedad coronaria es la causa más frecuente de muerte en todo el mundo y además su frecuencia está en aumento. Sin embargo, en las tres últimas décadas en Europa, la mortalidad por enfermedad coronaria se ha reducido, se sobrevive más a los eventos cardíacos agudos y la mortalidad a largo plazo ha disminuido. Todo ello gracias a las terapias de reperfusión, al intervencionismo coronario percutáneo primario (ICPp), al tratamiento antitrombótico moderno y a la prevención secundaria<sup>12</sup>.

Sin embargo, nada de esto mejorará la calidad de vida ni la supervivencia si los pacientes no cumplen los tratamientos prescritos.

La prevención secundaria cardiovascular es deficiente en los países europeos y uno de los factores causantes parece ser la falta de adherencia terapéutica. La buena adherencia se asocia a un 20% de disminución del riesgo de enfermedad cardiovascular y a un 38% de disminución de la mortalidad por cualquier causa. Los pacientes con mala adherencia multiplican por tres el riesgo de mortalidad. La adherencia a los fármacos preventivos (ácido acetilsalicílico, beta bloqueantes, inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, estatinas...) ronda el 50% un año después del alta hospitalaria<sup>13</sup>. Se considera una buena adherencia el consumo de más del 80% de la prescripción<sup>14</sup>.

Toda intervención encaminada a mejorar la adherencia va a proporcionar un alto rendimiento de la inversión, tanto con la prevención primaria (control de los factores de riesgo) como con la prevención secundaria (control de los resultados de salud adversos). Una buena adherencia terapéutica supondrá un aumento de la efectividad de las intervenciones de salud y en la seguridad de los pacientes y también un ahorro en costes<sup>10</sup>.

Además, hay que tener en cuenta que la adherencia parcial tiene las mismas consecuencias que la falta de adherencia. De manera que los pacientes con mala adherencia (toma inferior al 40% de los comprimidos) tienen mayor incidencia acumulada de revascularización coronaria o evento cardiovascular que

aquellos con buena adherencia ( $\geq 80\%$  comprimidos), pero no hay diferencias con los pacientes parcialmente adherentes (41-79% comprimidos)<sup>14</sup>.

La OMS establece cinco dimensiones interactuantes que influyen sobre la adherencia terapéutica:

a) Factores socioeconómicos. El estado socioeconómico deficiente pone a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia (vivienda, alimentación...).

b) Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria. Una buena relación entre el equipo sanitario y el paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay otros factores que ejercen un efecto negativo: servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, equipos sanitarios con sobrecarga de trabajo, consultas cortas, poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, etc.

c) Factores relacionados con la enfermedad. Determinantes relacionados con la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, la velocidad de progresión y la gravedad de la enfermedad y la disponibilidad de tratamientos efectivos. Su repercusión depende de cuánto influyen en la percepción de riesgo de los pacientes y la importancia de seguimiento del tratamiento.

d) Factores relacionados con el tratamiento. La complejidad del régimen médico, la duración del tratamiento, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes de tratamiento, el apremio por los efectos beneficiosos, los efectos colaterales y la disponibilidad de apoyo médico para tratarlos.

e) Factores relacionados con el paciente. Representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El olvido, el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, el conocimiento y la habilidad inadecuada para controlar los síntomas de la enfermedad y el tratamiento.

El objetivo principal de nuestro estudio es conocer el grado de adherencia terapéutica de los pacientes sometidos a ICPp en el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (HUC) durante el año 2018 y como objetivos secundarios, determinar si su situación socio económica ha influido en la adherencia terapéutica y evaluar si la rehabilitación cardíaca ha favorecido dicha adherencia.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal entre los pacientes sometidos a ICPp en el HUC durante el año 2018 que cumplieran los criterios de inclusión de ser pacientes con síndrome coronario agudo con elevación segmento ST (SCACEST) sometidos a ICPp en el HUC durante el 2018. El estudio ha recibido el dictamen favorable del Comité de Ética de la Investigación con medicamentos (CEIm) y la autorización del Comité de Ética para la Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

La recogida de datos se ha realizado consultando fuentes documentales como la historia clínica electrónica y mediante encuesta telefónica con la administración de los cuestionarios validados para medir el nivel de cumplimiento de tratamiento, test de Haynes-Sackett<sup>15-17</sup>, la valoración de cumplimiento

terapéutico en diversas enfermedades crónicas con el test de Morisky-Green<sup>15-17</sup> y el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre su enfermedad con el test de Batalla<sup>15-17</sup> siguiendo un guion preestablecido. La duración media de cada entrevista fue de aproximadamente 10 min. El inicio de la recogida de datos y encuesta telefónica comenzó en octubre de 2019 y finalizó en enero de 2020. Los datos fueron recogidos por las enfermeras autoras del estudio.

En el momento de la llamada telefónica, se solicita al paciente su consentimiento verbal para su inclusión en el estudio y para someterse voluntariamente a responder al cuestionario.

Los resultados se expresarán con porcentajes para las variables categóricas y con medias (desviaciones estándar) para las variables cuantitativas. Las comparaciones de proporciones se realizarán con las pruebas de chi-cuadrado o exacta de Fisher, según proceda. Se usará la prueba Phi de Cramer como medida de asociación entre las variables categóricas. Se consideran significativos los valores de p menores a 0,05. Los análisis de datos se llevarán a cabo con el paquete estadístico SPSS (BM Corp. Released 2017. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. Armonk, NY).

## RESULTADOS

Nuestra muestra está constituida por 122 pacientes de los cuales 72,5% eran hombres, con una edad de 63 ( $\pm 12$ ) años, en el rango 36-89 años. Un 41% presentaban SCACEST en cara anterior, con una media de 4 horas de inicio de síntomas y 7 días de ingreso.

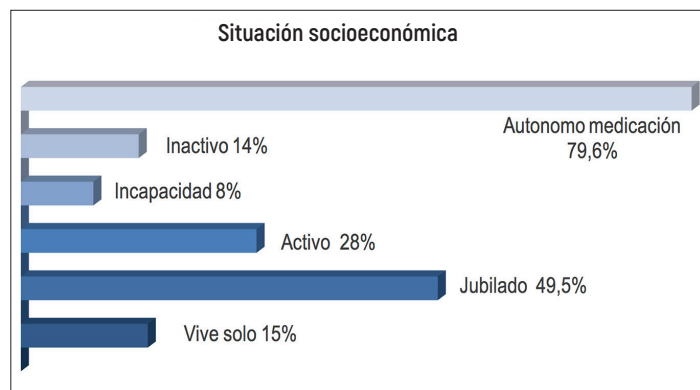
Contestaron a la encuesta telefónica el 78,1% de los pacientes y se excluyeron 26 pacientes (15 exitus en el momento de la encuesta, 10 extranjeros y 1 paciente no localizado).

En relación con los factores de riesgo cardiovascular, la muestra presentaba un índice de masa corporal de 28 ( $\pm 3$ ) kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso grado II: preobesidad), un 54,8% eran hipertensos, 30,1% diabéticos, 59,1% presentaban dislipemia, 43% eran fumadores, y un 9% estaban diagnosticados previamente de cardiopatía isquémica (tabla 1).

**Tabla 1.** Descripción muestra y factores de riesgo. Valores expresados en media ó n (%).

Descripción de la muestra	n (%)
Edad (años)	63 ( $\pm 12$ )
Sexo (% de hombres)	87 (72,5)
SCACEST anterior	38 (41)
Factores de riesgo	
IMC	28
HTA	51 (54,8)
Diabetes mellitus	28 (30,1)
Dislipemia	55 (59,1)
Fumador	40 (43,0)
Enfermedad crónica	30 (32,3)
Cardiopatía isquémica previa	8 (8,6)

En relación con sus factores socio económicos un 49,5% de la muestra estaba jubilada y un 15% vivía solo. El 79,6% era autónomo para la toma de medicación (figura 1). La medicación de los pacientes no autónomos era administrada y controlada por familiares o cuidadores no sanitarios.



**Figura 1.** Descripción de la situación socio-económica de la muestra.

El 40% de la muestra había realizado el programa de rehabilitación cardíaca del hospital.

Los resultados del test de Morisky-Green indicaron que el 54% de las mujeres y el 59% de los hombres eran cumplidores, tomaban los fármacos en las dosis y horarios prescritos y no los abandonaban cuando se encontraban asintomáticos ( $p=0,8$ ).

El test de Haynes-Sackett muestra que el 81,8% de las mujeres y el 85,85% de los hombres eran cumplidores con el tratamiento ( $p=0,74$ ).

No se observaron diferencias significativas entre el grado de cumplimiento del tratamiento y el sexo en los test de Batalla (5% vs. 0%;  $p=0,24$ , Phi de Cramer= -0,18;  $p=0,08$ ), Haynes-Sackett (86% vs. 82%;  $p=0,74$ , Phi de Kramer= 0,04;  $p=0,68$ ) y Morisky (59% vs. 54%;  $p=0,63$ , Phi de Cramer= 0,4;  $p=0,69$ ).

Según el test de Batalla, el 3,4% reconocían que padecen una enfermedad crónica y dentro de este campo eran los hipertensos y dislipémicos los más conscientes de padecer una enfermedad crónica. El test de Morisky muestra que el 71,4% de los diabéticos cumplen más con el tratamiento farmacológico y no lo abandonan cuando están asintomáticos, seguidos en grado de cumplimiento por los hipertensos (66%). El test de Haynes-Sackett muestra un 100% de cumplimiento en el caso de los pacientes ya diagnosticados de cardiopatía isquémica previa al evento agudo motivo del estudio (figura 2).

El 91,1% de los jubilados y el 83,8% de los autónomos para tomar la medicación son los que presentan mejores valores, tanto para el cumplimiento del tratamiento como en el seguimiento de las pautas del tratamiento farmacológico y en la adherencia al mismo.

El 78,4% de los pacientes que han completado el programa de rehabilitación cardíaca son cumplidores y mantienen la adherencia al tratamiento (test de Haynes-Sackett).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La participación en la encuesta telefónica se considera muy buena (Baxter y Babbie sugieren que tasas del 50% son adecuadas, 60% buenas, y un 70% muy buenas)<sup>18</sup>.

La medición del incumplimiento es compleja, no existe un criterio ideal de incumplimiento ni un método de medición que incluya todos los componentes de este concepto<sup>15,17</sup>.

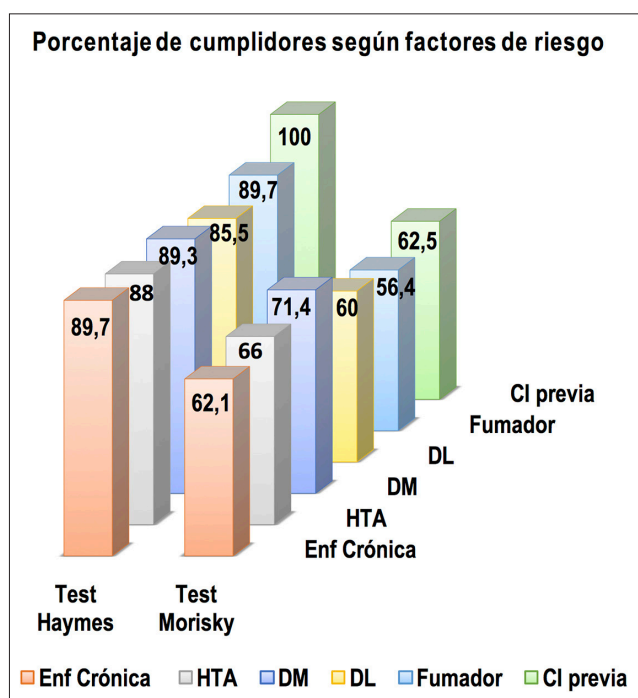


Figura 2. Porcentajes de cumplidores según factores de riesgo y test realizado.

Los métodos indirectos, como las entrevistas a las que sometimos a la muestra, han sido validados frente a otras medidas directas (como la determinación plasmática o la observación de la ingesta de medicación). Los test utilizados son métodos sencillos y económicos, aunque con menor fiabilidad que los métodos directos. La información que proporciona estos test tiene un valor altamente predictivo positivo si el paciente se confiesa mal cumplidor y su mayor inconveniente es la posibilidad de que el paciente mienta u olvide datos con lo que su valor predictivo negativo es bajo<sup>15</sup>. Esto puede provocar un sesgo entre cumplidores y no cumplidores.

La adherencia terapéutica en nuestra muestra ha sido alta y especialmente en los pacientes que viven acompañados, jubilados y que tienen enfermedades crónicas previas o factores de riesgo cardiovascular, llegando a ser cumplidores en todos los casos los que tienen un diagnóstico previo de cardiopatía isquémica o han tenido un evento cardiovascular previo. El seguimiento de los factores de riesgo cardiovascular, tras un evento agudo, mejora y es muy alto en los pacientes que padecían enfermedades crónicas previas tales como dislipemia e hipertensión y los fumadores reducen su consumo. Los jubilados y autónomos para la toma de medicación son mejores cumplidores que los activos laboralmente y el vivir solo no es un inconveniente para ser cumplidor.

Un dato importante, aportado por los resultados obtenidos con el test de Batalla, es que existe un déficit importante en cuanto al conocimiento de la enfermedad cardiovascular y el control de los factores de riesgo.

Según la Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST del Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Cardiología, todos los pacientes con IAM (clase de recomendación I, nivel de evidencia A) deben participar en un programa de rehabilitación basada en el ejercicio, adaptado a la edad, al nivel de actividad

antes del infarto y a las limitaciones físicas<sup>12</sup>. Un programa de rehabilitación cardíaca debe incluir ejercicio físico, modificación de los factores de riesgo, educación, control del estrés y apoyo psicológico.

En nuestra muestra sólo una minoría de los pacientes participó en un programa de rehabilitación cardíaca. No obstante, la mayoría de los pacientes que participaron en la rehabilitación cardíaca presentaban una alta adherencia al tratamiento y son los que cumplen mejor con los cambios en el estilo de vida y en el control de los factores de riesgo. Claramente, la asistencia de los pacientes a estos programas es baja, no todos los centros tienen esta oferta en su cartera de servicios y los que la tienen están sobrecargados y no pueden asumir nuevos grupos de trabajo<sup>19</sup>. Hay que destacar que nuestra muestra manifiesta un alto grado de satisfacción con el programa de rehabilitación cardíaca y proponen prolongarlo.

Somos conscientes de las limitaciones de este trabajo de investigación, principalmente por el tiempo de evaluación posterior al evento. Consideramos que sería muy interesante evaluar cuáles han sido los cambios en los hábitos de salud de la población que ha sufrido un evento cardiovascular agudo y la fidelidad al tratamiento de la cardiopatía isquémica y de los factores de riesgo cardiovascular, no al año como se ha evaluado en este trabajo, sino a los dos o cinco años y si ha habido episodios recurrentes.

Mejorar la comunicación entre enfermeras y pacientes, facilitar la continuidad asistencial mediante la colaboración con atención primaria, involucrar a otros profesionales sanitarios y el desarrollo de terapias combinadas a dosis fijas son estrategias que pueden mejorar la adherencia terapéutica y el grado de control y reducir los costes sanitarios.

Como resultado de nuestro estudio podemos concluir que los pacientes sometidos a intervencionismo coronario percutáneo primario no conocen su enfermedad, pero presentan buena adherencia terapéutica independientemente del sexo y de factores socioeconómicos, incluso más si padecen enfermedades crónicas previas. La rehabilitación cardíaca es un factor favorecedor de la adherencia terapéutica. Profundizar en la educación sanitaria tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario podría mejorar este factor predisponente al abandono o mal uso del tratamiento.

## CONFLICTO DE INTERÉS

Ninguno.

## AGRADECIMIENTOS

A los compañeros del servicio de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

A los pacientes y sus familias por su colaboración en atender nuestras llamadas.

A nuestras familias por las horas ausentes.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo; pruebas para la acción. Ginebra: OMS;2004. Disponible en: <https://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>
2. Farmaindustria. Plan de Adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento. (Consultado 30 enero 2019). Disponible en: <http://www.sefac.org>
3. Enrique-Silva G, Galeano E, Correa JO. Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no adherencia. Acta Médica Colombiana. 2005; 30(4):268-73
4. Sanahuja MA, Villagrasa V, Martínez-Romero F. Adherencia terapéutica: Pharm Care Esp. 2012; 14(4):162-7
5. Defunciones según la causa de muerte (Internet). Instituto Nacional de Estadística (INE). Notas de prensa. 2015. Consultado 28 diciembre 2019
6. Royo-Bordonada MA, Lobos Berjarano MJ, Villar Álvarez F, Sanz S, Pérez A, Pedro-Botet J, et al. Comentarios del comité español interdisciplinario de prevención cardiovascular (CEIPC) a las guías europeas de prevención cardiovascular 2012. Rev Esp Salud Pública 2013; Vol.87:103-120.
7. Casal Rodríguez J, Pérez Ortega S, Eserverri Rovira MM, Belmonte Chicón D, Vivas Tovar E, Vidorreta Gracia S. Evaluación de los factores de riesgo cardiovascular, su conocimiento y control en pacientes que ingresan con un síndrome coronario agudo. Enferm Cardiol. 2014;21(62):37-42
8. Kotseva K, Word D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Keil U, for the EUROASPIRE Study Group. Cardiovascular prevention guidelines in daily practice: a comparison of EUROASPIRE I, II and III surveys in eight European countries. Lancet 2009; 373:929-40
9. Murga N. Seguimiento del paciente en la fase crónica de la enfermedad coronaria. Rev Esp Cardiol Supl. 2013; 13(B):35-41
10. Fuster V. Un problema alarmante en prevención secundaria: bajo cumplimiento (estilo de vida) y baja adherencia (farmacológica). Rev Esp Cardiol. 2012; 65(Supl 2):10-16
11. Martín Alfonso L. Acerca del concepto de adherencia terapéutica. Rev Cubana Salud Pública. 2004; Vol 30 Nº4 Disponible en: [www.infomed.sld.cu](http://www.infomed.sld.cu)
12. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) para el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Guía ESC 2017 sobre el tratamiento del infarto agudo de miocardio en pacientes con elevación del segmento ST. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Cardiología (ESC). Rev Esp Cardiol. 2017;70(12): 1082.e1-e61
13. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol 2014;67(10):844-48
14. Orozco-Beltrán D, Carratalá-Manuera C, Gil-Guillén V. Mejorar la adherencia: una de las acciones más eficientes para aumentar la supervivencia de los pacientes en prevención secundaria. Rev Esp Cardiol Supl 2015;15(E):12-18
15. Rodríguez-Chamarro MÁ, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez-Chamarro A, Faus MJ. Revisión de test de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. Aten Primaria. 2008; 40(8): 413-15
16. Rodríguez-Chamarro MÁ, García-Jiménez E, Busquets-Gil A, Rodríguez-Chamarro A, Pérez-Merino EM, Faus-Dáder MJ, et al. Herramientas para identificar el incumplimiento farmacoterapéutico desde la farmacia comunitaria. Pharmaceutical Care España. 2009; 11(4):183-91
17. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharm. 2018; 59(3): 163-72.
18. De Marchis, G. La validez externa de las encuestas en la web. Amenazas y su control. Estudios sobre el mensaje periodístico. 2012; 18:263-72
19. Cano de la Cuerda R, Alguacil-Diego IM, Alonso-Martín JJ, Motero-Sánchez A, Miangolarra-Page JC. Programas de rehabilitación cardíaca y calidad de vida relacionada con la salud. Situación actual. Rev Esp Cardiol 2012; 65: 72-9