

UNIVERSIDAD DE ALICANTE

- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD -

GRADO EN ENFERMERÍA - TRABAJO DE FIN DE GRADO

**ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN LA
PREVENCIÓN SECUNDARIA EN PACIENTES
CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO**

ESTUDIANTE: ABEL SALAR MUNDO

TUTOR: CARMEN PERPIÑÁ GALVAÑ

ÍNDICE

Resumen/abstract	3
Introducción	5
Objetivos	9
Metodología	10
Resultados	12
Discusión	17
Conclusiones	21
Anexos	22
Tabla 1	22
Tabla 2	24
Tabla 3	25
Tabla 4	26
Bibliografía	27

RESUMEN/ABSTRACT:

Objetivos: Conocer el grado de adherencia al tratamiento en la prevención secundaria de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo. Como objetivos secundarios, averiguar las razones por las cuales hay pacientes que no se adhieren al tratamiento, y conocer qué intervenciones de enfermería podrían mejorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes.

Métodos: Revisión bibliográfica, consultando las siguientes bases de datos: Medline de PubMed, LILACS, IBECs, CUIDEN y Scielo España.

Resultados: Se incluyeron 12 artículos. 5 evidenciaron una baja adherencia al tratamiento farmacológico, 4 demostraron una baja adherencia a estilos de vida saludables, siendo el tabaquismo el factor más persistente, 3 encontraron que el propio olvido del paciente y la complejidad del régimen terapéutico son, entre otras, causas frecuentes de baja adherencia, y 3 evaluaron ciertas intervenciones para mejorar la adherencia, siendo intervenciones eficaces el recordatorio de la toma de medicación, la educación para la salud y la integración del paciente en su cuidado mediante entrevistas motivadoras.

Discusión: Se ha evidenciado que la adherencia al tratamiento es subóptima. La adherencia a la terapia farmacológica es menor cuanto más complejo es el régimen terapéutico, y esto sugiere que la simplificación del régimen podría ser una medida eficaz. El tabaquismo sigue siendo el hábito más difícil de abandonar en este tipo de pacientes. Las causas de la baja adherencia son muy variadas, y por tanto las intervenciones para mejorar la adherencia deben ser siempre multifactoriales.

Conclusiones: En general, la adherencia al tratamiento en pacientes con síndrome coronario agudo es baja. Enfermería tiene un gran potencial para mejorar este problema dada la variedad de intervenciones que han resultado ser eficaces, pero necesita recursos. La eficacia de una consulta de enfermería que integre todas las intervenciones planteadas en estos estudios debería ser evaluada.

Adherence to treatment in secondary prevention of patients suffering an acute coronary syndrome.

Aims: To know the degree of adherence to treatment in secondary prevention of patients suffering an acute coronary syndrome. As secondary objectives, figure out the reasons why there are patients who do not adhere to treatment, and know which nursing interventions could improve adherence to treatment in these patients.

Methods: Literature review, by referring to the following databases: Medline (PubMed), LILACS, IBECs, CUIDEN and Scielo Spain.

Results: 12 articles were included. 5 showed a low adherence to medication, 4 showed a low adherence to healthy lifestyles, smoking being the most persistent factor, 3 found that forgetfulness of the patient and the complexity of the treatment regimen are, among other, frequent low-adherence causes, and 3 assessed certain interventions to improve adherence, being successful taking medication reminder, the health education and the integration of the patient in his care by motivating interviews.

Discussion: It has demonstrated that adherence to treatment is suboptimal. Adherence to drug therapy is less how much more complex is the therapeutic regimen, and this suggests that simplification of the regime could be an effective measure. Smoking remains the habit more difficult in this type of patients. The causes of the low adherence are varied, and therefore interventions to improve adherence must always be multifactorial.

Conclusions: In general, the adherence to treatment in patients with acute coronary syndrome is low. Nursing has great potential to improve this problem because of the variety of interventions that have proved to be effective, but it need resources. The effectiveness of a nursing consultation that integrate all interventions showed in these studies should be evaluated.

INTRODUCCIÓN:

Las enfermedades cardiovasculares siguen constituyendo la primera causa de muerte en el mundo. Según datos oficiales de la Organización Mundial de la Salud, causaron casi 17,5 millones de muertes en todo el mundo en el año 2012, lo cual supone alrededor del 30 % de todas las muertes (1). Estas enfermedades engloban patologías tales como la hipertensión arterial, enfermedades vasculares periféricas, accidentes cerebro-vasculares o enfermedades del corazón. Dentro de estas últimas, la que tiene mayor relevancia, puesto que es la que más muertes ocasiona, es la cardiopatía isquémica, un conjunto de entidades cuyo curso natural desemboca en un cuadro clínico denominado "síndrome coronario agudo". De todas las muertes causadas por enfermedades cardiovasculares, 7,4 millones fueron causadas en concreto por la cardiopatía isquémica en el 2012 (1). La situación epidemiológica en España es semejante a la de estos datos mundiales. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la primera causa de muerte en España también es la cardiopatía isquémica, y en el año 2013 se registran 33.413 defunciones por esta causa, siendo más prevalente en hombres que en mujeres (2).

El síndrome coronario agudo (SCA) se define como "un conjunto de entidades producidas por la erosión o rotura de una placa de ateroma, que determina la formación de un trombo intracoronario, causando una angina inestable (AI), infarto agudo de miocardio (IAM) o muerte súbita, según la cantidad y duración del trombo, la existencia de circulación colateral y la presencia de vasoespasmos en el momento de la rotura" (3). Dependiendo de los hallazgos electrocardiográficos en el paciente con síndrome coronario agudo, la clínica puede dividirse en dos entidades distintas: por un lado, el síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST (SCACEST), que suele indicar con mayor frecuencia la presencia de necrosis del miocardio; y por otro, el síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST (SCASEST), que suele indicar que no existe necrosis miocárdica (3).

El síndrome coronario agudo sucede como consecuencia de la cardiopatía isquémica, que en general, viene dada por la arteriosclerosis de las arterias coronarias. De esta forma, el aporte sanguíneo al miocardio se va disminuyendo con el tiempo hasta que llega un momento en el que la luz coronaria no es suficiente como para abastecer la demanda de oxígeno del músculo cardíaco. La aparición de este fenómeno tiene ciertos

factores de riesgo que actualmente son indiscutibles, y son el tabaquismo, la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes mellitus (3).

En la fase aguda, existen varios métodos para tratar el síndrome coronario agudo tras el manejo inicial, según el tipo que sea. En primer lugar, el tratamiento de elección para el SCACEST es la angioplastia coronaria primaria con stent intracoronario, que consiste en la introducción de un catéter en el interior de la arteria coronaria afectada, en cuyo extremo distal tiene un balón que, al hincharse, coloca una malla (stent) en la luz de la arteria, corrigiendo así la estenosis. En cuanto al SCASEST, el tratamiento de primera línea es el tratamiento médico y el cateterismo cardíaco programado (4).

Aunque actualmente estas medidas tengan una alta tasa de éxitos, los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo son, automáticamente, pacientes de alto riesgo de volver a padecer otro cuadro coronario. Así pues, estos pacientes deben ser sometidos sistemáticamente a un tratamiento crónico de prevención secundaria. La prevención secundaria constituye todas las medidas dirigidas a personas que ya padecen cierta enfermedad o condición clínica, con la finalidad de evitar la aparición de una exacerbación de la patología. En el caso del síndrome coronario agudo, las medidas de prevención secundaria constituyen una suma de medidas farmacológicas y hábitos de vida saludables.

En cuanto a las medidas farmacológicas, actualmente existe un grupo de fármacos de eficacia probada en la prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Estos fármacos se prescriben dependiendo de la situación de cada paciente, y son el ácido acetilsalicílico o el clopidogrel, las estatinas, los beta-bloqueantes, y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) o los antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II). Durante los últimos años, además, han ido apareciendo evidencias de nuevos fármacos que también han demostrado ser beneficiosos para la prevención secundaria, por ejemplo los antialdosterónicos, en pacientes con insuficiencia cardíaca, el riveroxabán y la colchicina (5).

Por otro lado, los estilos de vida saludables también se incluyen dentro de las medidas de prevención secundaria. Estos estilos de vida, al igual que las anteriores medidas farmacológicas, van dirigidos al control de los factores de riesgo modificables que hemos mencionado anteriormente y, según los últimos estudios, constituyen principalmente la dieta saludable y el abandono del tabaquismo. Las recomendaciones en cuanto a la dieta como potencial elemento preventivo, son las propias de la dieta mediterránea. En cuanto al tabaquismo, está demostrado que los pacientes que dejan de

fumar tras un evento coronario, presentan menor mortalidad en los años siguientes que aquellos que continúan fumando (5).

Un último aspecto importante en cuanto a la prevención secundaria del síndrome coronario agudo, es la rehabilitación cardíaca. La rehabilitación cardíaca se define como "el conjunto de medidas multidisciplinarias [...] que, de una manera coordinada, intentan mejorar la capacidad física del enfermo cardiópata mediante el ejercicio físico, normalizar su situación psicológica, elevar el conocimiento de la enfermedad que padece para que se cuide mejor, controlar los factores de riesgo cardiovasculares y reintegrarlos a su trabajo y a su entorno social en condiciones al menos iguales o mejores que las que tenía antes de la enfermedad cardíaca" (6). En los últimos estudios, se ha demostrado que los programas de rehabilitación cardíaca son eficaces y muy beneficiosos en la prevención secundaria del síndrome coronario agudo, sobretodo en pacientes con múltiples factores de riesgo (5)

En definitiva, en la literatura científica, las medidas de prevención secundaria consistentes tanto en terapia farmacológica como no farmacológica son de eficacia demostrada, y ha sido probado, mediante numerosos ensayos clínicos, que existe relación proporcional entre el buen control de los factores de riesgo y la disminución de la morbilidad y mortalidad por síndrome coronario agudo (7, 8). Además, esta evidencia también se ha demostrado en nuestro medio (9).

Ahora bien, aunque se hayan observado resultados prometedores en los estudios controlados, ¿qué se puede decir de la realidad de la práctica clínica? ¿Se están utilizando de forma óptima estos fármacos para la prevención secundaria? Es evidente que de nada sirve la existencia de estas medidas si los pacientes no se adhieren al tratamiento. Puesto que se ha comprobado que tanto las medidas farmacológicas como las no farmacológicas son eficaces en la prevención secundaria del síndrome coronario agudo, entendemos por "adherencia al tratamiento" como una conducta del paciente que se corresponde con las recomendaciones y prescripciones de los profesionales de la salud que lo atienden, tanto en la medicación como en los estilos de vida.

En el ámbito de la enfermería, la cuestión es muy trascendente, puesto que entre algunas de las funciones que se atribuyen a los profesionales de enfermería en España se encuentran la vigilancia de la adherencia al tratamiento de los pacientes, así como la educación para la salud, indiscutiblemente necesaria para dar esas recomendaciones sobre el cambio en los estilos de vida. Así pues, se puede decir que la enfermería tiene un papel muy importante en la prevención secundaria en este tipo de pacientes.

He escogido este tema para este trabajo por dos razones principales que se desprenden de todo lo comentado anteriormente. En primer lugar, he elegido a este tipo de pacientes porque, como hemos comentado al principio, estas enfermedades constituyen la primera causa de muerte en España y por ello son un gran problema de salud pública. Y en segundo lugar, por las razones descritas, considero que los profesionales de enfermería tienen mucho campo de actuación en la prevención secundaria de estas enfermedades. Así pues, el tema de la investigación tiene una relevancia importante para la profesión enfermera.

OBJETIVOS:

Objetivo principal:

- Conocer el grado de adherencia al tratamiento en la prevención secundaria de los pacientes que sufren un síndrome coronario agudo.

Objetivos secundarios:

- Averiguar las razones por las cuales hay pacientes que no se adhieren al tratamiento.
- Conocer qué intervenciones de enfermería podrían mejorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes.

METODOLOGÍA:

Tipo de estudio:

Este trabajo es una revisión bibliográfica. Para poder responder a la pregunta de investigación se ha realizado una búsqueda exhaustiva de artículos originales y de fuentes de información secundarias que sean relevantes para el tema de investigación.

Búsqueda bibliográfica:

En primer lugar, se han seleccionado las fuentes de datos a consultar, que son bases de datos del campo de la salud. Las bases de datos que se han consultado son: Medline de PubMed, LILACS, IBECS, CUIDEN y Scielo España. En las primeras tres bases de datos se han utilizado descriptores del tesoro DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud), además de términos en lenguaje libre para aumentar los resultados de la búsqueda en algunas bases de datos cuyos resultados eran pobres. Se han escogido estas bases de datos por su disponibilidad, gratuidad y confianza.

En segundo lugar y una vez elegidas las fuentes bibliográficas, se ha traducido la consulta al lenguaje documental. Primero, se ha confeccionado una lista con los términos más relevantes del tema en lenguaje libre, a saber: síndrome coronario agudo, infarto agudo de miocardio, adherencia al tratamiento, prevención secundaria, estilos de vida, tabaquismo, dieta, enfermería y cuidados. A continuación, para consultar las tres primeras bases de datos, se ha buscado en el tesoro DeCS los descriptores disponibles para estos términos, y se han hallado los siguientes: "Síndrome Coronario Agudo" (en inglés: "Acute Coronary Syndrome"), "Infarto del Miocardio" (en inglés: "Myocardial Infarction"), "Cumplimiento de la Medicación" (en inglés: "Medication Adherence"), "Enfermería" (en inglés: "Nursing"), "Hábito de Fumar" (en inglés: "Smoking"), "Cese del Tabaquismo" (en inglés: "Smoking Cessation"), "Estilo de Vida" (en inglés: "Life Style") y "Dieta" (en inglés: "Diet"). Con estos descriptores, se ha formulado una de las posibles ecuaciones de búsqueda mediante los operadores booleanos, para realizar la búsqueda en las bases de datos cuyo lenguaje se rige por el tesoro DeCS: Medline (de PubMed), LILACS e IBECS. La ecuación de búsqueda principal es la siguiente:

["Síndrome Coronario Agudo" (OR) "Infarto del Miocardio"] (AND) "Cumplimiento de la Medicación" (AND) "Enfermería"

No obstante, dada la especificidad de esta ecuación, también se han usado otras combinaciones menos específicas para poder encontrar más resultados, incluyendo también términos en lenguaje libre, como por ejemplo:

Síndrome Coronario Agudo (AND) Adherencia al tratamiento

Infarto Agudo del Miocardio (AND) Enfermería

Acute Coronary Syndrome (AND) Medication Adherence

Smoking (AND) Acute Coronary Syndrome

Diet (AND) Acute Coronary Syndrome

Criterios de inclusión y exclusión de los estudios:

Se han incluido los estudios que tuvieran las siguientes características:

- Ensayos clínicos
- Estudios cuasi-experimentales
- Estudios de casos y controles
- Estudios de cohortes
- Estudios observacionales

Se han excluido los estudios que tuvieran las siguiente características:

- Revisiones sistemáticas
- Guías de práctica clínica
- Estudios con antigüedad mayor a 5 años

Extracción de datos:

De cada estudio incluido se extrajeron los siguientes datos:

- Datos generales: Autores y año de publicación, diseño del estudio, país de realización, tamaño muestral y periodo de seguimiento
- Datos específicos: Entre los resultados relevantes de los diferentes estudios se encuentran: la prevalencia de pacientes que tuvieron baja adherencia al tratamiento farmacológico, la prevalencia de persistencia del tabaquismo, la prevalencia de hábitos dietéticos saludables, las causas de la baja adherencia al tratamiento y las intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento que demostraron ser efectivas.

RESULTADOS:

Se han encontrado 16 artículos sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con síndrome coronario agudo, de los cuales 4 se excluyeron por tener criterios de exclusión (antigüedad mayor a 5 años y revisiones sistemáticas). Así pues, se incluyeron en la revisión 12 estudios (10-21). Dependiendo del objetivo principal de cada artículo, los podemos dividir en varias categorías. Por un lado, 5 artículos evalúan la adherencia al tratamiento farmacológico (10, 11, 12, 14, 16), 4 artículos evalúan la adherencia a estilos de vida saludables (13, 14, 15, 17), 3 artículos tienen el objetivo de determinar o evaluar factores que condicionan la adherencia al tratamiento (16, 17, 18), y por último, 3 artículos tienen como objetivo evaluar intervenciones encaminadas a mejorar la adherencia al tratamiento (19, 20, 21). En cuanto a la localización geográfica de los estudios, hay 3 que se han realizado en España (12, 19, 21), y uno de ellos en la Comunidad Valenciana (12); y un total de 6 estudios son europeos (12, 13, 15, 17, 19, 21).

Adherencia al tratamiento farmacológico:

En la tabla 1 se presentan las principales características de los 5 artículos que evaluaban el grado de adherencia al tratamiento a las medidas de prevención secundaria en pacientes con síndrome coronario agudo.

En general, los estudios que han evaluado la adherencia al tratamiento farmacológico, han medido la adherencia según las cuatro categorías de fármacos de evidencia demostrada en la prevención secundaria del síndrome coronario agudo, a saber: antiagregantes plaquetarios, beta-bloqueantes, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y estatinas. En cuanto a la adherencia a estos fármacos, los estudios han evidenciado una utilización subóptima del tratamiento.

El estudio con el periodo de seguimiento más corto fue el de Chavarriaga JC 2014, que presentó la tasa de abandono más alta en el caso de los IECAs, con un 24 % de abandono. Un dato muy significativo de este estudio fue que solo el 3 % de los pacientes ingresaron en un programa de rehabilitación cardíaca (11). En el estudio de Rossi E 2014 se observó que, al cabo de tres años del alta, el abandono fue mucho mayor cuando el tratamiento era combinado, puesto que las caídas en la adherencia llegaban a los 20 puntos porcentuales, más que cuando se trataba de grupos farmacológicos aislados (10). Algo parecido se observó en el estudio de Griffiths B

2014, en Sudáfrica, donde se vio que el porcentaje de pacientes que salieron del hospital con una prescripción de una combinación de los cuatro grupos farmacológicos fue del 70,7 %, pero que a los 9 meses de seguimiento, solamente el 47,2 % de pacientes cumplían esta pauta, lo que supuso una reducción de 23,5 puntos porcentuales en aquellos pacientes que tenían tratamiento combinados (14). En el estudio de Kassab Y 2013, se observó una adherencia muy baja en el 30,5 de los pacientes (16). Si hablamos de resultados observados en nuestro medio, el artículo más significativo ha sido el de Sanfélix-Gimeno J 2013, puesto que el número de participantes era mayor que el de los otros estudios (7492 pacientes) y además, se realizó en España, concretamente en la Comunidad Valenciana. En este estudio, cuyo tiempo de seguimiento fueron 9 meses, se observa un abandono especialmente en el caso de los fármacos beta-bloqueantes (con una adherencia del 43,3 %) y los IECAs (con una adherencia del 45,4 %). Además, el 18 % de los pacientes tuvo una baja adherencia al tratamiento para todos los grupos farmacológicos que se les había prescrito (12).

Adherencia a estilos de vida saludables:

En la tabla 2 se presentan las características de los 4 estudios que evaluaron entre sus objetivos la adherencia a los estilos de vida saludables. En los 4 se evaluó el hábito tabáquico, y en algunos además se evaluó la dieta, y en el EUROASPIRE IV, el estudio más significativo, también se evaluaron otros aspectos como el ejercicio físico.

Empezando por el tabaquismo, en general se ha observado una gran dificultad para el cese de este hábito en pacientes con síndrome coronario agudo. El estudio con el tiempo de seguimiento más largo (un año), el de Vogiatzis I 2010, al año del alta hospitalaria seguían fumando el 61,43 % de los pacientes que ya eran fumadores activos antes del episodio coronario. Es destacable que este estudio también registró la prevalencia del hábito tabáquico a los tres meses del alta hospitalaria, y fue del 53,1 %, así que la prevalencia fue mayor a medida que pasaba el tiempo (17). En el estudio de Griffiths B 2014, el abandono del hábito tabáquico también fue bajo: el 56 % de pacientes eran fumadores antes del ingreso, pero solo el 31,4 % de todos los pacientes dejaron de fumar, lo cual significa que el 56,07 % de los fumadores abandonaron el hábito, un porcentaje similar al observado en el anterior estudio (14). En el estudio de EUROASPIRE IV, se vio que el 48,6 % de los pacientes que eran fumadores al momento del alta, siguieron fumando a los seis meses del alta. El estudio que presentó una prevalencia de tabaquismo menor fue el de Sofi F 2011, en el que solo el 5,4 % de

los pacientes totales, fumadores y no fumadores previos al episodio isquémico, seguían fumando a los seis meses del alta (13).

En cuanto a los hábitos dietéticos, el estudio de Sofi F 2011 evaluó la adherencia a la dieta saludable. Aunque este estudio se realizó en Italia y los hábitos dietéticos que se consideraron como favorables fueron los propios de la dieta mediterránea, se observó una muy baja adherencia a la dieta mediterránea. Por ejemplo, el 47 % de los pacientes reportó que consumía una cantidad de frutas y verduras más baja de lo recomendado. Además, el 81,5 % no consumía pescado dos veces a la semana, y casi la totalidad de la muestra (92,3 %) consumía una cantidad de legumbres semanal menor a la recomendada (13). En el EURASPIRE IV se observó que la prevalencia de obesidad (definida como un IMC mayor o igual a 30) fue de un 37,6 %, lo cual pone de manifiesto la alta prevalencia de obesidad entre pacientes con síndrome coronario agudo (15).

Por último, el EUROASPIRE IV también analizó los hábitos de ejercicio entre la población, y se vio que un 59,9 % de los pacientes no hacía ningún tipo de actividad física o hacía muy poca actividad (15).

Factores que condicionan la adherencia al tratamiento:

En la tabla 3 se presentan las características de los 3 estudios que tenían como objetivo determinar o evaluar el impacto de algunos factores en la adherencia al tratamiento en pacientes con algún episodio cardíaco.

En conjunto, estos tres estudios identifican los siguientes factores asociados a una menor adherencia al tratamiento: depresión, edad avanzada, desempleo, el propio olvido del paciente, presencia de otras enfermedades y régimen terapéutico combinado con varios medicamentos (régimen complejo) (16, 17, 18). En el estudio de Kassab Y 2013, un dato significativo fue que la causa más frecuente de la no adherencia fue el olvido por parte del paciente (16).

En el estudio de Vogiatzis I 2010, el factor predictor más importante que se observó para la reanudación del tabaquismo fue la no participación en programas anti-tabaco. Otros factores que se asociaron con la reanudación del tabaquismo fueron: el uso de fármacos antidepresivos, historia de enfermedad vascular, historia de EPOC, y dependencia a la nicotina medida con una puntuación mayor de 8 en la escala de Fargeström (17)

En el estudio de Bauer LK 2012, se observó que, en pacientes que habían sido dados de alta tras un episodio cardíaco (que incluía a pacientes con síndrome coronario agudo) y que tenían síntomas depresivos, a medida que los síntomas depresivos disminuían, la adherencia al tratamiento era mayor a los 6 meses de seguimiento (18).

Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento:

En la tabla 4 se muestran las principales características de los artículos que tenían como objetivo evaluar la eficacia de ciertas intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento en paciente con síndrome coronario agudo.

De todos los artículos incluidos en el trabajo, 3 tenían como objetivo evaluar la efectividad de estas intervenciones (19, 20, 21). Dos de estos estudios se han realizado en España (19, 21). En el estudio de División JA 2014, realizado en España, se analizaron las diferencias en la adherencia al tratamiento farmacológico entre un grupo experimental y un grupo control. La intervención principal fue la de enviar mensajes de voz a los pacientes destinados a la educación a recordatorios de la medicación. El grado de cumplimiento terapéutico fue del 89,3 % en el grupo experimental, mientras que en el grupo control fue del 73,9 %. Esta adherencia al tratamiento se midió en cada uno de los 4 grupos de fármacos de alta evidencia en la prevención secundaria del síndrome coronario agudo, y un dato significativo fue que el único grupo de fármacos que no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos fueron los beta-bloqueantes (19).

El estudio de Brevis I 2014 evalúa una intervención educativa exclusivamente enfermera, orientada hacia la rehabilitación cardiovascular, a un grupo de pacientes que padecieron un infarto agudo de miocardio. A los 10 meses de seguimiento, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la obesidad, el sedentarismo, el hábito tabáquico y la hipertensión arterial. El dato más llamativo es que en el grupo control dejaron de fumar el 38 % de los pacientes, mientras que en el grupo experimental dejaron el hábito tabáquico el 87 % de los pacientes (20).

Por último, el estudio más significativo, por su calidad metodológica y por haberse realizado también en España, es el de Muñiz J 2010. Este estudio, con un tamaño muestral de 1510 pacientes, es un ensayo clínico aleatorio que tuvo como objetivo comprobar si una intervención mejora la adherencia a estilos de vida saludables y si esto conlleva un mejor control de los factores de riesgo cardiovascular. La intervención de este estudio estaba compuesta por dos entrevistas motivadoras, una en el momento

del alta hospitalaria y otra a los dos meses del alta. En estas entrevistas, el paciente y el entrevistador pactaban ciertos objetivos terapéuticos y además los firmaban en un papel, quedándose el paciente una copia. Al paciente también se le daban algunos folletos informativos sobre la enfermedad y el tratamiento. Además, al paciente se le facilitaba un número de teléfono para poder llamar en caso de que tuviera cualquier duda. Pues bien, entre el grupo intervención y el grupo control, hubieron diferencias significativas en el IMC, el perímetro abdominal, la frecuencia en la que hacían ejercicio y la colesterolemia total, presentando mejorías en los grupos en los que se realizó la intervención. Por ejemplo, mientras que hubo colesterolemia total menor de 175 mg/dL en el 64,7 % de pacientes del grupo intervención, este porcentaje fue de 56,5 % en el grupo control. El valor p de esta comparación fue de $p = 0,001$, siendo diferencias estadísticamente muy significativas. El valor del IMC también fue muy diferente entre los dos grupos: la media de bajada del IMC en el grupo intervención fue de 0,5 puntos, mientras que en el grupo control fue solo de 0,2 puntos, siendo el valor p menor que 0,001, resultando ser diferencias estadísticamente significativas (21).

DISCUSIÓN:

Los estudios que se han incluido en esta revisión ofrecían resultados que apuntan a interpretaciones muy semejantes.

Adherencia al tratamiento farmacológico:

Todos los estudios que evaluaban la adherencia al tratamiento farmacológico han evidenciado una utilización subóptima de los fármacos de eficacia demostrada en la prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Aunque la eficacia de estos fármacos ha sido probada mediante numerosos ensayos clínicos, no sirve de nada su prescripción si los pacientes no se adhieren al tratamiento, lo cual conlleva un bajo control de los factores de riesgo cardiovascular y esto a su vez supone un aumento de los episodios de síndrome coronario agudo (22).

Existe una constante importante en algunos de los estudios incluidos, y es que el abandono del tratamiento tiende a ser mayor cuando el tratamiento farmacológico es combinado. Esto se ha evidenciado, por ejemplo, en los estudios de Rossi E 2014 (10) y Griffiths B 2014 (14). Dicha interpretación se correlaciona directamente con el hallazgo del estudio de Kassab I 2013 (16) de que uno de los factores que condicionan la adherencia al tratamiento es la complejidad de la terapia farmacológica. Es por esta razón que se han realizado estudios para comprobar si la simplificación del régimen terapéutico podría mejorar la adherencia al tratamiento farmacológico de los pacientes con síndrome coronario agudo (23). Así pues, una de las posibles soluciones que se pueden contemplar para mejorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes, sería la de simplificar el tratamiento farmacológico de manera que sea más fácil de cumplir.

Por otro lado, si nos fijamos en la adherencia a cada grupo de fármacos, en estos estudios se observa una tendencia a una peor adherencia especialmente en los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECAs) y en los fármacos beta-bloqueantes. Las razones por las cuales la adherencia suele ser más baja concretamente en estos fármacos podrían ser muy variadas, pero existe evidencia de que hay diferencias en la adherencia según el tipo de fármaco que se trate, lo cual podría sugerir que ciertos efectos secundarios de algunos fármacos en concreto pueden influir directamente en la adherencia al tratamiento farmacológico (24).

Adherencia a estilos de vida saludables:

La adherencia a estilos de vida saludables también fue muy baja. El factor más estudiado en los artículos que evaluaban los estilos de vida fue el tabaquismo. Esto es lógico, puesto que es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular (5). En general, los estudios dan evidencia de que existe muchísima dificultad para abandonar el hábito tabáquico en pacientes con síndrome coronario agudo. El estudio de Vogiatzis I 2010 (17) descubrió que la prevalencia de pacientes fumadores era mayor a medida que pasaba el tiempo desde el alta hospitalaria. Esto podría interpretarse como una mayor dificultad para mantener la deshabituación tabáquica que para iniciarla, lo cual pondría de manifiesto la necesidad de que los programas anti-tabaco se extiendan en el tiempo y no solo en el momento del alta hospitalaria o a corto plazo.

En cuanto a la adherencia a las recomendaciones de dieta saludable, el estudio de Sofi F 2011 (13) puso de manifiesto que el hecho de vivir en un medio mediterráneo no conlleva de ningún modo la adherencia a una dieta mediterránea, puesto que los resultados que se encontraron evidenciaron una muy baja adherencia a la dieta mediterránea en pacientes con síndrome coronario agudo. Además, el estudio de EURASPIRE IV, que se realizó en países europeos, encontró una prevalencia de obesidad (definida como un IMC mayor o igual a 30) del 37,6 % entre pacientes con síndrome coronario agudo. A pesar de que existe evidencia de los beneficios cardiovasculares de la dieta mediterránea (25), se observa una adherencia baja a las recomendaciones propias de este tipo de dieta incluso en países mediterráneos.

Factores que condicionan la adherencia al tratamiento:

Según lo observado en los artículos, es evidente que las causas por las cuales los pacientes no se adhieren al tratamiento son múltiples y muy variadas. Como hemos visto en los resultados, entre estas causas se encuentran la depresión, la edad avanzada, el desempleo, el propio olvido del paciente, los efectos adversos de los medicamentos o el régimen terapéutico complejo. Por lo tanto, es evidente que las estrategias que quieran mejorar la adherencia al tratamiento deben ser multifactoriales (19).

Intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento:

Los factores por los cuales los pacientes no se adherían al tratamiento, y algunas de las intervenciones para mejorar la adherencia planteadas por los estudios, están relacionados. Por ejemplo, una de las razones de la falta de adherencia es, según el

estudio de Kassab Y 2013, el propio olvido del paciente (16). Por lo tanto, una posible intervención sería el recordatorio por parte de los profesionales sanitarios, ya sea mediante mensajes de texto o llamadas telefónicas, de la toma de la medicación. Uno de los estudios incluidos en esta revisión, el de División JA 2014, realizado en España, evaluaba la eficacia de esta medida, y demostró que las diferencias en la adherencia entre el grupo control y el experimental fueron estadísticamente significativas (19). Si esta medida fuera realmente efectiva, debería evaluarse si enfermería de atención primaria, mediante recordatorios de medicación, pudiera mejorar la adherencia al tratamiento en estos pacientes. No obstante, para que esta medida se pudiera realizar, debería existir una buena coordinación entre atención especializada y atención primaria, y de esto se desprende la importancia del informe de continuidad de cuidados, responsabilidad precisamente de enfermería.

Es destacable que se hizo un estudio en España respecto a esto: el estudio de Espinosa S 2004. En este estudio se evaluó la eficacia de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria en el control de los factores de riesgo cardiovascular en pacientes con infarto agudo de miocardio. Los resultados del estudio demostraron que hubo mejorías en el grupo experimental en cuanto al abandono del tabaquismo, el índice de masa corporal, la calidad de vida, la capacidad de esfuerzo y la reinserción laboral (26). Aunque los resultados de este estudio deben tratarse con cautela dada su antigüedad, y aunque este estudio no se haya incluido en esta revisión, lo que sí se puede observar es que ya han habido profesionales que han considerado la importancia de que la atención primaria y la atención especializada estén coordinadas en este tipo de pacientes, lo cual refuerza estas conclusiones.

Otra medida para mejorar la adherencia al tratamiento es la educación para la salud. Este tipo de intervención fue evaluado por el estudio de Brevis I 2014. La intervención consistía en visitas domiciliarias en las que se realizaba educación para la salud tanto al paciente como a la familia, orientada hacia la rehabilitación cardiovascular. Esta medida demostró ser efectiva, ya que disminuyó la obesidad, el sedentarismo (ambos relacionados), el tabaquismo y la hipertensión arterial en el grupo experimental.

Por último, en el estudio de Muñiz J 2010 se evidencia una premisa esencial para abordar este problema: integrar al paciente en su cuidado. El estudio pretendía valorar la eficacia de una intervención que consistía en dos entrevistas motivadoras en las que paciente y profesional llegaban juntos a un acuerdo. Este acuerdo era firmado tanto por el profesional como por el paciente, y además se le facilitaba al paciente un número de

teléfono al que acudir cuando tuviera dudas sobre el tratamiento. Los resultados del estudio, cuya calidad metodológica era bastante buena (ensayo clínico con un tamaño muestral grande), mostraron diferencias muy significativas en cuanto a algunos factores de riesgo cardiovascular entre el grupo control y el experimental. Esto demuestra la importancia de incluir al paciente en su propio cuidado, es decir, el autocuidado; y de mostrar un interés sincero en el bienestar del paciente, lo cual está directamente relacionado con los tres pilares de la relación de ayuda definida por Carl Rogers (1989): la autenticidad, la consideración positiva y la comprensión empática (27).

CONCLUSIONES:

Esta revisión aporta evidencias de que, en la actualidad, aunque existen tratamientos eficaces para la prevención secundaria del síndrome coronario agudo, la adherencia al tratamiento es subóptima. Los estudios observacionales evidencian que la adherencia al tratamiento farmacológico es muy baja, y tiende a ser más baja cuando la terapia es combinada o compleja. En cuanto a los estilos de vida, el factor de riesgo más difícil de abordar es el tabaquismo.

Esta baja adherencia se deriva de una amplia gama de causas, dentro de las cuales se encuentra el propio olvido del paciente y la complejidad del régimen terapéutico. Por lo tanto, dada la variedad de factores condicionantes, las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia al tratamiento deben ser multifactoriales.

Las intervenciones que han demostrado ser eficaces son: el recordatorio de tomar la medicación por parte de los profesionales sanitarios, la educación para la salud por parte de enfermería, y la integración del paciente en su propio cuidado mediante entrevistas motivadoras. Además, el hecho de que una de las causas de la baja adherencia al tratamiento sea la complejidad del tratamiento, apunta a que la simplificación del régimen es una intervención potencial cuya eficacia debería ser evaluada.

Todas estas intervenciones podrían ser llevadas a cabo por enfermería, ya que los profesionales de enfermería están capacitados para ello. No obstante, para poder llevar a la práctica estas medidas que podrían mejorar sustancialmente este problema, enfermería necesita recursos. Por ejemplo, las medidas anteriormente comentadas se podrían realizar mediante consultas de enfermería para pacientes con cardiopatía. En estas consultas, los pacientes podrían ser educados en cuanto a su enfermedad, podrían ser entrevistados con finalidad motivadora y estableciendo pactos entre profesional y paciente, y se podría hacer un seguimiento tras el alta hospitalaria, lo cual incluiría los recordatorios telefónicos para que el paciente tome la medicación.

Enfermería tiene un gran potencial para mejorar este problema, y algunas de las intervenciones encontradas en estos estudios demuestran la importancia de potenciar el autocuidado en este tipo de pacientes. Así pues, las intervenciones planteadas en este trabajo, realizadas por enfermería, deberían ser evaluadas.

ANEXOS:

Tabla 1: Principales características de los estudios que respondían al objetivo principal del trabajo.

ESTUDIO/AÑO	DISEÑO	PAÍS	TAMAÑO MUESTRAL	SEGUIMIENTO
R E S U L T A D O S R E L E V A N T E S				
Rossi E 2014 (10)	Estudio retrospectivo	Argentina	125	3 años
<p>Se comparó la adherencia al tratamiento farmacológico al momento del alta hospitalaria y a los 3 años después del alta. Se observó que, la adherencia al tratamiento era muy alta al momento del alta, pero que al cabo de tres años descendía alrededor de 10 puntos porcentuales en cada uno de los principales grupos farmacológicos (antiagregantes, beta-bloqueantes y estatinas) y, cuando el tratamiento era una combinación de los tres grupos, la caída llegaba a los 20 puntos porcentuales (10)</p>				
Chavarriaga JC 2014 (11)	Estudio observacional	Colombia	154	6 meses
<p>Se analizó la adherencia al tratamiento farmacológico a los seis meses del alta hospitalaria. Se observó que la adherencia estuvo entre el 54 y el 86 %. De los pacientes que salieron con prescripción de IECAs, habían abandonado el tratamiento el 24 % de los pacientes, en el caso de las estatinas el abandono fue del 21 %, y con los beta-bloqueantes fue del 18 %. Un dato muy significativo fue que solamente el 3 % de los pacientes ingresaron en un programa de rehabilitación cardíaca (11)</p>				
Sanfélix-Gimeno J 2013 (12)	Estudio retrospectivo	España	7462	9 meses
<p>Se estudió la adherencia al tratamiento farmacológico de una cohorte de 7462 pacientes mediante la determinación de la proporción de días cumplidos (PDC) de cada uno de los cuatro grupos farmacológicos de alta evidencia en la prevención secundaria del SCA, a los 9 meses del alta hospitalaria. El PDC es un parámetro que se calcula dividiendo el número de días de medicación administrada entre el número de días que duraba el período de seguimiento. Se definió como "paciente adherido al tratamiento" como aquellos pacientes cuya PDC era del 75 %. La adherencia que se observó para cada grupo farmacológico fue la siguiente: 69,9 % para los antiagregantes plaquetarios, 43,3 % para los beta-bloqueantes, 45,4 % para los IECAs y 58,8 % para las estatinas. El 18 % de los pacientes tuvo una baja adherencia al tratamiento para todos los grupos farmacológicos que se les había prescrito (12)</p>				

Tabla 1: Continuación

ESTUDIO/AÑO	DISEÑO	PAÍS	TAMAÑO MUESTRAL	SEGUIMIENTO
R E S U L T A D O S R E L E V A N T E S				
Griffiths B 2014 (14)	Estudio retrospectivo	Sudáfrica	No consta	9 meses
<p>Se analizó la adherencia al tratamiento farmacológico y el hábito tabáquico al momento del alta hospitalaria y a los 6-9 meses del alta. En cuanto a la adherencia a la medicación, se redujo en un 8,9 % para el ácido acetilsalicílico, un 10.1% para las estatinas, un 6.2% para los beta-bloqueantes y un 17.9 para los IECAs o ARAs. El porcentaje de pacientes que salieron del hospital con una prescripción de una combinación de los cuatro grupos farmacológicos fue de 70,7 %, pero solo el 47,2 % del total cumplió con la pauta, lo que supuso una reducción del 23.5% (14)</p>				
Kassab Y 2013 (16)	Estudio prospectivo	Malasia	190	6 meses
<p>Se estudió la adherencia al tratamiento farmacológico. Se observó una adherencia muy baja en el 30,5 % de pacientes (16)</p>				

Tabla 2: Características de los estudios que evaluaron la adherencia a estilos de vida saludables:

ESTUDIO/AÑO	DISEÑO	PAÍS	TAMAÑO MUESTRAL	SEGUIMIENTO
R E S U L T A D O S R E L E V A N T E S				
Sofi F 2011 (13)	Estudio observacional	Italia	130	6 meses
<p>Se evaluó la adherencia a estilos de vida saludables en pacientes con SCA. En cuanto al hábito tabáquico, 7 (5,4 %) seguían fumando. En cuanto a la dieta, el 47 % de pacientes reportó que consumía una cantidad de frutas y verduras más baja de lo recomendado, el 81,5 % no consumía pescado dos veces a la semana, y casi la totalidad de la muestra (92,3 %) consumía una cantidad de legumbres a la semana menor a la cantidad recomendada. También se evaluaron ciertos objetivos cardiovasculares (tensión arterial, colesterolemia, trigliceridemia, LDL-colesterol y HDL-colesterol), cuyas diferencias con el momento del alta hospitalaria no fueron significativas (13)</p>				
Griffiths B 2014 (14)	Estudio retrospectivo	Sudáfrica	No consta	9 meses
<p>Se analizó el hábito tabáquico al momento del alta hospitalaria y a los 6-9 meses del alta. Del 56 % de pacientes que eran fumadores, solo el 31,4 % dejaron de fumar (14)</p>				
EUROASPIRE IV 2015 (15)	Estudio observacional	24 países europeos	7998	6 meses
<p>Se evaluaron los estilos de vida y los factores de riesgo cardiovascular en todos los pacientes. Los resultados más significativos fueron: Un 48,6 % de los pacientes que eran fumadores al momento del alta siguieron fumando. Un 59,9 % no hacía ningún tipo de actividad física o hacía muy poca actividad física. El 37,6 % eran obesos (IMC > 30) (15)</p>				
Vogiatzis I 2010 (17)	Estudio observacional	Grecia	420	Un año
<p>Se hizo un seguimiento de 420 pacientes que habían sido hospitalizados por SCA y que eran fumadores activos antes de la hospitalización. A los tres meses, seguían fumando 223 pacientes (53,1 %), y al año del alta hospitalaria seguían fumando 256 (61,43 %) (17)</p>				

Tabla 3: Características de los estudios que evaluaron los factores de la baja adherencia al tratamiento:

ESTUDIO/AÑO	DISEÑO	PAÍS	TAMAÑO MUESTRAL	SEGUIMIENTO
R E S U L T A D O S R E L E V A N T E S				
Kassab Y 2013 (16)	Estudio prospectivo	Malasia	190	6 meses
<p>La causa más frecuente de la no adherencia al tratamiento fue el olvido por parte de los pacientes (en un 23,2 %). Además, el estudio identificó algunos factores de riesgo para la baja adherencia al tratamiento: edad avanzada, desempleo, presencia de otras enfermedades, y régimen terapéutico combinado con varios medicamentos (16)</p>				
Vogiatzis I 2010 (17)	Estudio observacional	Grecia	420	Un año
<p>El factor predictor más importante que se observó para la reanudación del tabaquismo fue la no participación en programas anti-tabaco. Otros factores que se asociaron con la reanudación del tabaquismo fueron: el uso de fármacos antidepresivos, historia de enfermedad vascular, historia de EPOC, y dependencia a la nicotina medida con una puntuación mayor de 8 en la escala de Fargeström (17)</p>				
Bauer LK 2012 (18)	Estudio observacional	EEUU	134	6 meses
<p>Se estudió a una muestra de pacientes con síntomas depresivos y con un episodio cardíaco. Se observó que la depresión fue una causa por la cual los pacientes abandonaban el tratamiento y no realizaban estilos de vida saludables, y que cuando los síntomas depresivos mejoraban, la adherencia al tratamiento también aumentaba (18)</p>				

Tabla 4: Características principales de los artículos que valoraban la eficacia de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento:

ESTUDIO/AÑO	DISEÑO	PAÍS	TAMAÑO MUESTRAL	SEGUIMIENTO
R E S U L T A D O S R E L E V A N T E S				
División JA 2014 (19)	Estudio de casos y controles	España	241	Un año
<p>Se analizaron las diferencias en la adherencia al tratamiento entre dos grupos de pacientes: a un grupo se le realizaba una intervención multifactorial (farmacia, médicos de familia y cardiólogos), y el otro era el control. El grado de adherencia fue del 89,3 % en el grupo intervención, mientras que fue de un 73,9 % en el grupo control. No obstante, no hubo una mejora significativa del grado de control de los factores de riesgo cardiovascular (19)</p>				
Brevis I 2014 (20)	Estudio cuasi-experimental	Chile	63	10 meses
<p>Se evaluó la efectividad de una intervención educativa de enfermería orientada a la rehabilitación cardiovascular. El grupo experimental fue de 61 pacientes y el grupo control de 32. Al final de la intervención, hubo diferencias estadísticamente significativas en los factores de riesgo siguientes: obesidad, sedentarismo, tabaquismo e hipertensión arterial (20)</p>				
Muñiz J 2010 (21)	Ensayo clínico aleatorio	España	1510	6 meses
<p>Se comparó a dos grupos (uno intervención y otro control) en cuanto a los factores de riesgo cardiovasculares a los seis meses del alta hospitalaria. La intervención consistía en una entrevista motivadora con un psicólogo. Entre un grupo y otro, hubieron diferencias significativas en el IMC, el perímetro abdominal, la frecuencia en la que hacían ejercicio, y el colesterol total (21)</p>				

BIBLIOGRAFÍA:

1. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción en el mundo. EEUU: OMS; 2014. Centro de prensa: Nota descriptiva: 310.
2. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte. Año 2013. España: INE; 2015. Nota de prensa: 27/2/2015.
3. Vidán MT. Síndrome coronario agudo. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Manual de Geriatria para residentes. Madrid: SEGG; 2006: 325-32
4. W Hamm C, et al. Guía de práctica clínica de la ESC para el manejo del síndrome coronario agudo en pacientes sin elevación persistente del segmento ST. Rev Esp Cardiol. 2012; 65(2): 173.e1-e55
5. Quiles J, Miralles-Vicedo B. Estrategias de prevención secundaria del síndrome coronario agudo. Rev Esp Cardiol. 2014; 67(10): 844-8.
6. Espinosa S, Bravo JC, Gómez-Doblas JJ, Collantes R, González B, Martínez M, De Teresa E. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. Rev Esp Cardiol. 2004; 57(1): 53-9.
7. Ford ES, Ajani UA, Croft JB, et al. Explaining the decrease in U.S deaths from coronary disease, 1980-2000. N Engl J Med. 2007; 356: 2388-98.
8. Allender S, Scarborough P, O'Flaherty M, et al. Patterns of coronary heart disease mortality over the 20th century in England and Wales: Possible plateaus in the rate of decline. BMC Public Health. 2008; 8: 148.
9. Flores-Mateo G, Grau M, O'Flaherty M, et al. Analyzing the coronary heart disease mortality decline in a Mediterranean population: Spain 1988-2005. Rev Esp Cardiol. 2011; 64: 988-96.
10. Rossi E, Perman G, Michelangelo H, Alonzo CB, Brecacin L, Kopitowsky KS, Navarro Estrada JL. Medication adherence to secondary prevention for coronary artery disease. Medicina (Buenos Aires). 2014; 74: 99-103.

11. Chavarriaga JC, Bletrán J, Senior JM, Frenández A, Rodríguez A, Toro JM. Características epidemiológicas, clínicas, tratamiento y pronóstico de los pacientes con diagnóstico de síndrome coronario agudo en unidad especializada. *Acta Med Colomb.* 2014; 39(1): 21-8.
12. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Ferreros I, Pérez-Vicente R, Librero J, Catalá-López F, Ortiz F, Tortosa-Nácher V. Adherence to evidence-based therapies after acute coronary syndrome: A retrospective population-based cohort study linking hospital, outpatient, and pharmacy health information systems in Valencia, Spain. *J Manag Care Pharm.* 2013; 19(3): 247-57.
13. Sofi F, Fabbri A, Marcucci R, Gori AM, Balzi D, Barchielli A, Santoro GM, Marchionni N, Abbate R, Gensini GF. Lifestyle modifications after acute coronary syndromes in a subset of the AMI-Florence 2 Registry. *Acta Cardiol.* 2011; 66(6): 791-96.
14. Griffiths B, Lesosky M, Ntsekhe M. Self-reported use of evidence-based medicine and smoking cessation 6 - 9 months after acute coronary syndrome: a single-centre perspective. *S Afr Med J.* 2014; 104(7): 483-7.
15. Kotseva K, et al. EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *Eur J Prev Cardiol.* 2015.pii: 2047487315569401.
16. Kassab Y, Hassan Y, Abd Aziz N, et al. Patients' adherence to secondary prevention pharmacotherapy after acute coronary syndromes. *Int J Clin Pharm.* 2013; 35: 275-80.
17. Vogiatzis I, Tsikrika E, Sachpekidis V, Pittas S, Kotsani A. Factores affecting smoking resumption after acute coronary syndromes. *Hellenic J Cardiol.* 2010; 51(4): 294-300.
18. Bauer LK, Caro MA, Beach SR, et al. Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. *Am J Cardiol.* 2012; 109: 1266-71.
19. División JA, Escóbar C, Seguí M. Intervención multifactorial para mejorar el cumplimiento terapéutico y medidas de prevención secundaria después de un síndrome coronario agudo. *Semergen.* 2014; 40(5): 274-5.

20. Brevis I, Valenzuela S, Sáez K. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. *Cien y Enf.* 2014; 20(3): 43-57.
21. Muñiz J, et al. The effect of postdischarge educational intervention on patients in achieving objectives in modifiable risk factors six months after discharge following an episode of acute coronary syndrome, (CAM-2 Project): a randomized controlled trial. *Health and Quality Life Outcomes.* 2010; 8: 137.
22. Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, Pyorala K, Kei U, EUROASPIRE Study Group. EUROASPIRE III: A survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil.* 2009; 16: 121-37.
23. Kripalani S, Yao X, Haynes RB. Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: a systematic review. *Arch Intern Med.* 2007; 167: 540-50.
24. Conaglen H, Conaglen J. Drug-induced sexual dysfunction in men and women. *Austr Prescr.* 2013; 36(2).
25. Kastorini CM, Milionis HJ, Ioannidi A, Kalantzi K, Nikolau V, Vemmos KN, Goudevenos JA, Pangiotakos DB. Adherence to the Mediterranean diet in relation to acute coronary syndrome or stroke nonfatal events: a comparative analysis of a case/case-control study. *Am Heart J.* 2011; 162(4): 717-24.
26. Espinosa S, Bravo JC, Gómez-Doblas JJ, Collantes R, González B, Martínez M, De Teresa E. Rehabilitación cardíaca postinfarto de miocardio en enfermos de bajo riesgo. Resultados de un programa de coordinación entre cardiología y atención primaria. *Rev Esp Cardiol.* 2004; 57(1): 53-9.
27. Giordani B. Pensamiento y método de Carl Rogers. Giordani B. La relación de ayuda: De Rogers a Carkhuff. España: Desclee de Brouwer; 1997. p.67-117.