

Proyecto MAG-IC

“Mejorar la Adherencia a las Guías de Insuficiencia Cardíaca”

Sociedad Española de Cardiología

Resultados

Comité científico y Coordinador del Proyecto.

- José Manuel García Pinilla (Málaga)
- Manuel Anguita Sánchez (Córdoba)
- Ramón Bover (Madrid)
- Beatriz Díaz Molina (Oviedo)
- Nicolás Manito (Barcelona)

Introducción y justificación

- La Insuficiencia Cardíaca representa un problema importante de salud en España y una importante carga tanto para el Sistema Sanitario como para la sociedad en general.¹
- A pesar de los innegables avances de los últimos años a todos los niveles de manejo de esta patología (farmacológicos, educativos, organizativos,...), lo cierto es que las tasas de reingresos hospitalarios y mortalidad debidos a esta enfermedad no decrecen de forma significativa². De ahí la necesidad de continuar profundizando en medidas y consensos de actuación que favorezcan un mejor manejo de la Insuficiencia Cardíaca y que ofrezcan a profesionales de la salud y pacientes instrumentos para mejorar el pronóstico de estos últimos.
- Entre estas medidas, cabe destacar la propuesta de las Guías de Práctica Clínica (GPC) por parte de la Sociedad Europea de Cardiología³ que, como se sabe, son elaboradas por Comités de Expertos, basándose en evidencias publicadas y que, posteriormente, se transmiten al resto de los actores que participan en la atención del problema (médicos, enfermería y pacientes)
- Recientes publicaciones han demostrado que la mejor adherencia a las guías, en la práctica clínica real, tanto en cuanto al tratamiento farmacológico como a las dosis objetivo recomendadas, está asociada a un mejor pronóstico⁴
- En la práctica clínica real, aunque existe un alto conocimiento de dichas guías y los algoritmos propuestos en las mismas, todavía continúa siendo mejorable la adherencia a estas recomendaciones, especialmente en lo que a los pasos más avanzados se refiere así como en la prescripción de las dosis recomendadas.^{4,5}
- Se hace por tanto necesario conocer cuáles son las dificultades reales experimentadas por los usuarios de las guías (médicos, enfermería y pacientes) y qué medidas concretas se deben consensuar y ser recogidas por las Sociedades Científicas con el fin de mejorar la adherencia a dichas guías, con el fin último de mejorar el pronóstico y la calidad de vida de estos pacientes.

Métodos

Objetivo principal

- Elaboración de un consenso nacional sobre medidas prácticas para asegurar aún más la adherencia a las guías de IC.

Objetivos secundarios

- Conocer las principales barreras a la adherencia a las guías por parte de médicos, enfermeras y pacientes.
- Establecer mecanismos de divulgación del consenso nacional para conseguir esa mejor adherencia que redundará en el mejor pronóstico y calidad de vida de los pacientes con IC.

Diseño y metodología

- Se constituirán 30 grupos de trabajo locales a nivel nacional, formados cada uno de ellos por 5 cardiólogos y 1 enfermera con **amplia experiencia en el manejo real de pacientes con insuficiencia cardiaca**, resultando un total de 150 cardiólogos y 30 enfermeras (investigadores).
- Cada uno de estos 180 investigadores recibirá, de forma individual, el material recogido en el anexo I y II, por parte de la Sociedad Española de Cardiología (SEC). Dicho material ha sido elaborado y consensuado por el Comité Científico presentado en el apartado anterior y constará de:
 - Protocolo del proyecto
 - Bibliografía referente al problema a abordar seleccionada por el Comité Científico.

- Modelo de cuestionario de Consenso del Grupo de Trabajo Local.
- El cuestionario constará de 10 preguntas con respuesta tipo test (cuya finalidad es la de orientar y ayudar a la reflexión de barreras a la adherencia de las guías) y un apartado específico para incluir las propuestas concretas que se lanzan desde el grupo de trabajo local (máximo 6 propuestas por grupo, mínimo 3).
- Tras el análisis individual del material facilitado, cada grupo local de trabajo debe de alcanzar un consenso único con las 6 aportaciones de cada uno de los investigadores que lo componen. Para ello, se recomienda la celebración de una reunión presencial de los componentes de dicho grupo local de trabajo.
- Dado que las barreras para la adherencia son complejas y multifactoriales, las diferentes propuestas para los consensos locales y final se dividirán en el cuestionario en tres apartados:
 - Propuestas relativas a barreras del paciente (formación, comorbilidades, acceso a medicación, estilos de vida,...)
 - Propuestas relativas a barreras de la medicación (complejidad, efectos secundarios, tiempos para titulación, momento de inicio de cada uno de los fármacos, ...)
 - Propuestas relativas a barreras de la organización del Sistema de Salud (relaciones médico/paciente, seguimiento adherencia, formación de los profesionales en aspectos de adherencia, equipos multidisciplinares, tiempo entre seguimientos, ...)
- Los consensos locales (30 a nivel nacional) serán remitidos a la SEC para su análisis.
- El Comité Científico y Coordinador del Proyecto realizará un Consenso Nacional, a imagen y basado en los recibidos, que será considerado el resultado primario del proyecto y como tal se dará a conocer a los investigadores y a la sociedad en general en la forma que se establezca.

Calendario

jun-18	jul-18	ago-18	sep-18	oct-18	nov-18	dic-18	ene-19	feb-19	mar-19
Preparación protocolo, cuestionario, bibliografía					Trabajo de campo			Análisis	Elaboración consenso local
			selección e invitación investigadores						

Promotor y patrocinio

El promotor del proyecto es la Sociedad Española de Cardiología, contando con el patrocinio de Laboratorios Servier S. L., mediante un contrato de patrocinio en exclusiva y no condicionado.

Secretaría técnica

Agencia de Investigación de la Sociedad Española de Cardiología (AISEC)

Bibliografía

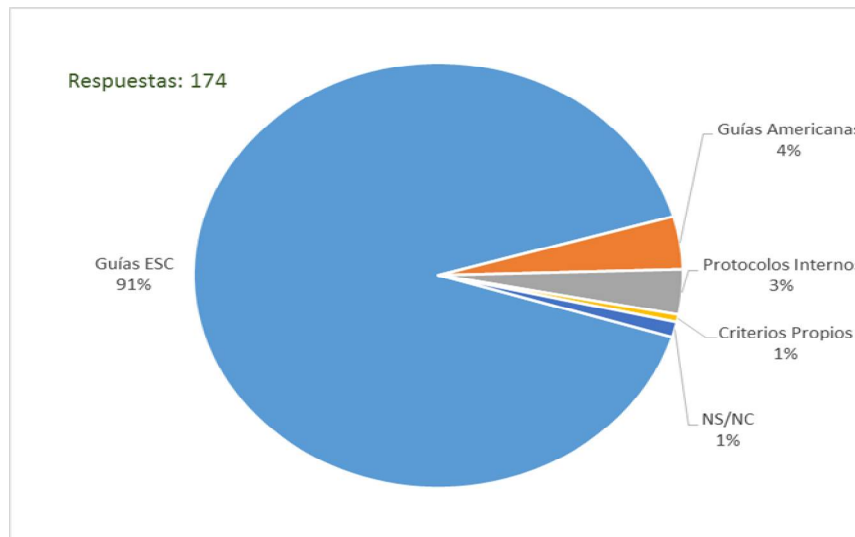
- 1.- Sayago Silva I, García López F, Segovia Cubero J. Epidemiología de la insuficiencia cardiaca en España en los últimos 20 años. RevEspCardiol. 2013; 66:649-56.
- 2.- Instituto Nacional de Estadística <http://www.ine.es/welcome.shtml>. Última consulta 11/07/18.
- 3.- Ponikowski P, Voors AA, Stefan D et al. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal (2016) 37, 2129–2200.
- 4.- Komajda M, Cowie MR, Tavazzi L, Ponikowski P, Anker SD, Filippatos GS. Physicians' guideline adherence is associated with better prognosis in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY international registry. Eur J HeartFail 2017;19:1414–1423.
- 5.- Crespo-Leiro María G, Segovia-Cubero J; González Costello José et al. Adecuación en España a las recomendaciones terapéuticas de la guía de la ESC sobre insuficiencia cardiaca: ESC HeartFailure Long-termRegistry. RevEspCardiol, 2015; 68(9): 785-793

Resultados

En las siguientes figuras se resumen las respuestas de los participantes en las reuniones locales a los temas propuestos para discusión en el cuestionario preestablecido. Finalmente, participaron 162 médicos y enfermeras en las reuniones locales

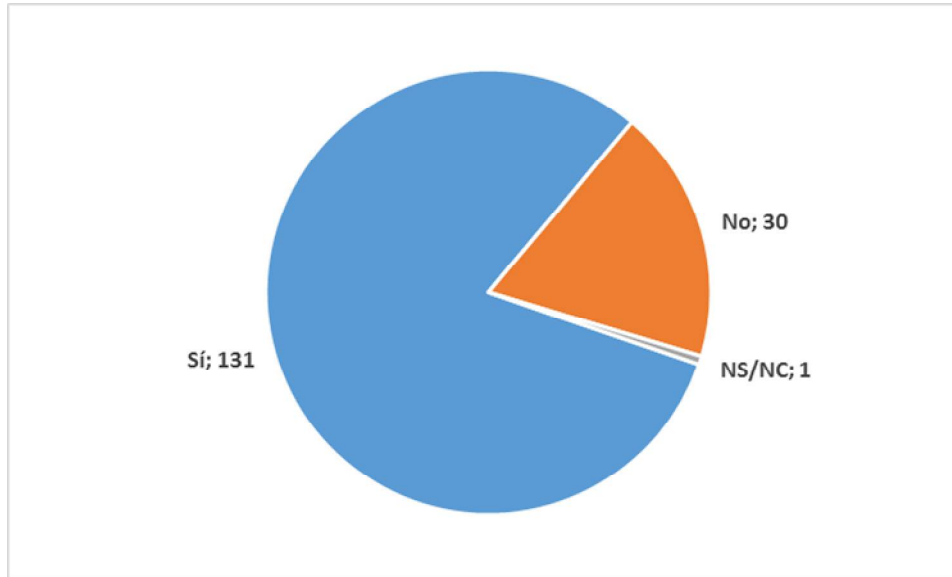
Cuestiones generales

- **Pregunta 1:** ¿Qué criterios sigue a la hora de establecer un tratamiento y seguimiento para los pacientes con IC? (posibilidad de respuesta múltiple)



El 91% sigue las guías de la Sociedad Europea de Cardiología, un 4% otras guías y solo otro 4% otro tipo de protocolos internos

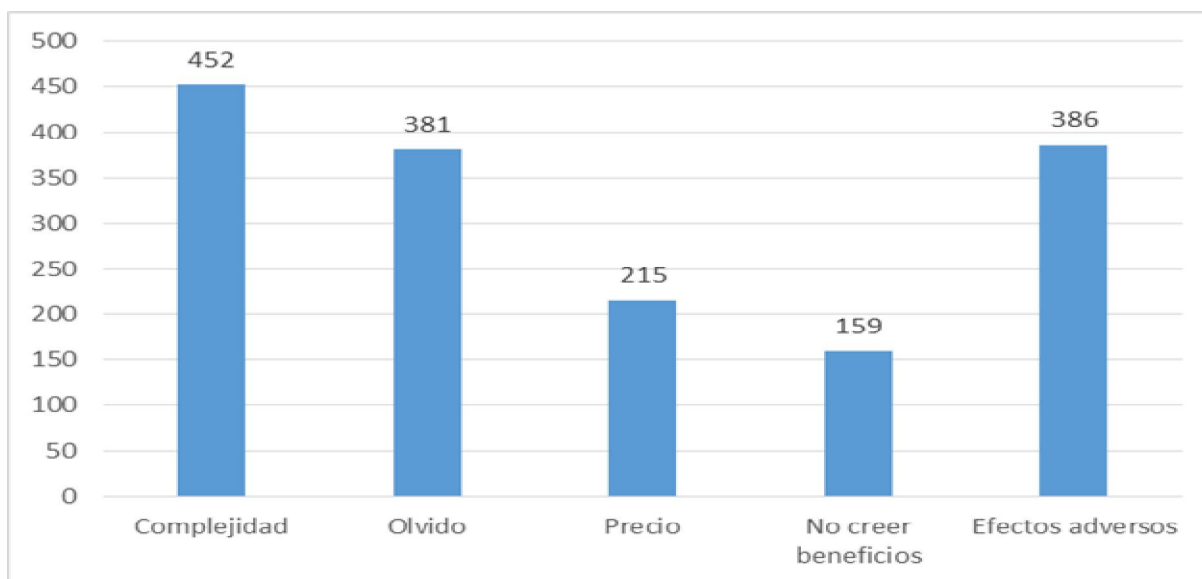
- **Pregunta 2:** ¿Establece criterios de búsqueda activa de falta de adherencia a las guías con sus pacientes?



El 80,8% dice que sí realiza una búsqueda activa de los motivos de falta de adherencia al tratamiento prescrito

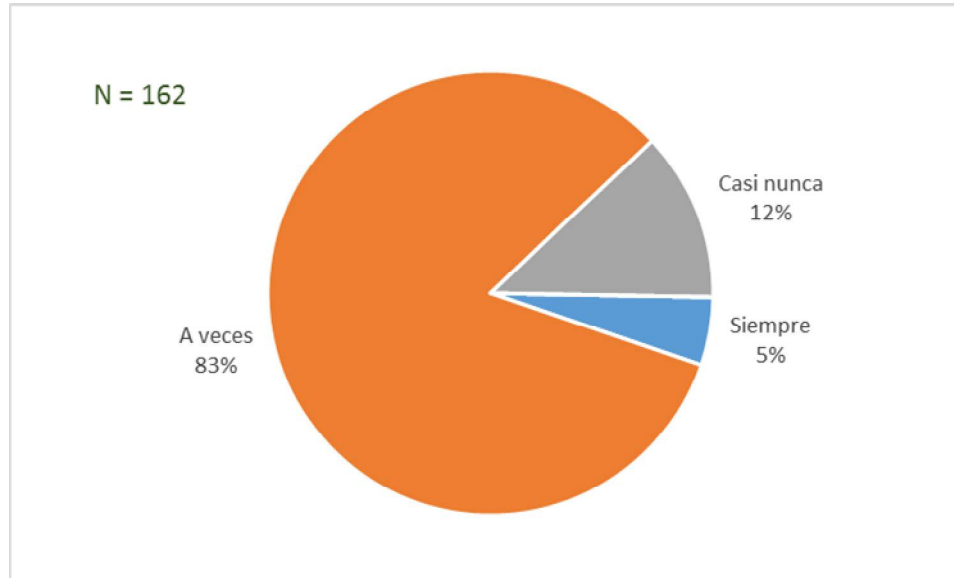
Cuestiones relacionadas con el paciente

- **Pregunta 3:** Motivos que dan los pacientes como dificultades para cumplir las guías



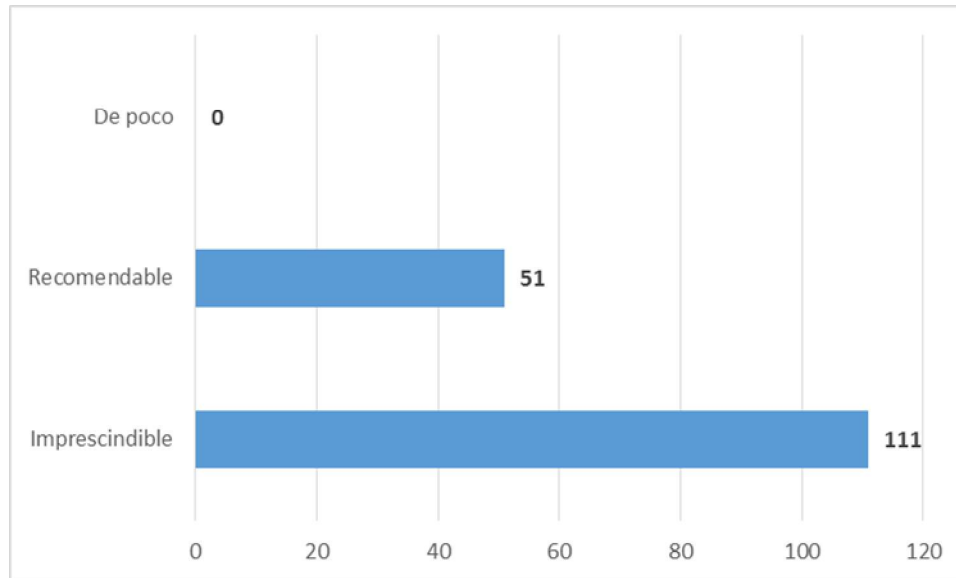
En esta cuestión se puntuó del 1 (menos frecuente) al 5 (más frecuente) por cada participante los motivos por los que los pacientes no cumplen las recomendaciones. Por orden de frecuencia, destacan la complejidad de la medicación (número de tomas, número de fármacos, vía de administración, horarios...) (puntuación media 2,79 sobre 5), los efectos adversos de los fármacos (2,38 sobre 5) y el olvido de las tomas (2,35). El precio y el no creer en los beneficios parecen menos importantes.

- **Pregunta 4:** ¿El paciente entiende para qué sirve cada fármaco?



Los participantes opinan que los enfermos sí saben mayoritariamente para qué sirve cada fármaco.

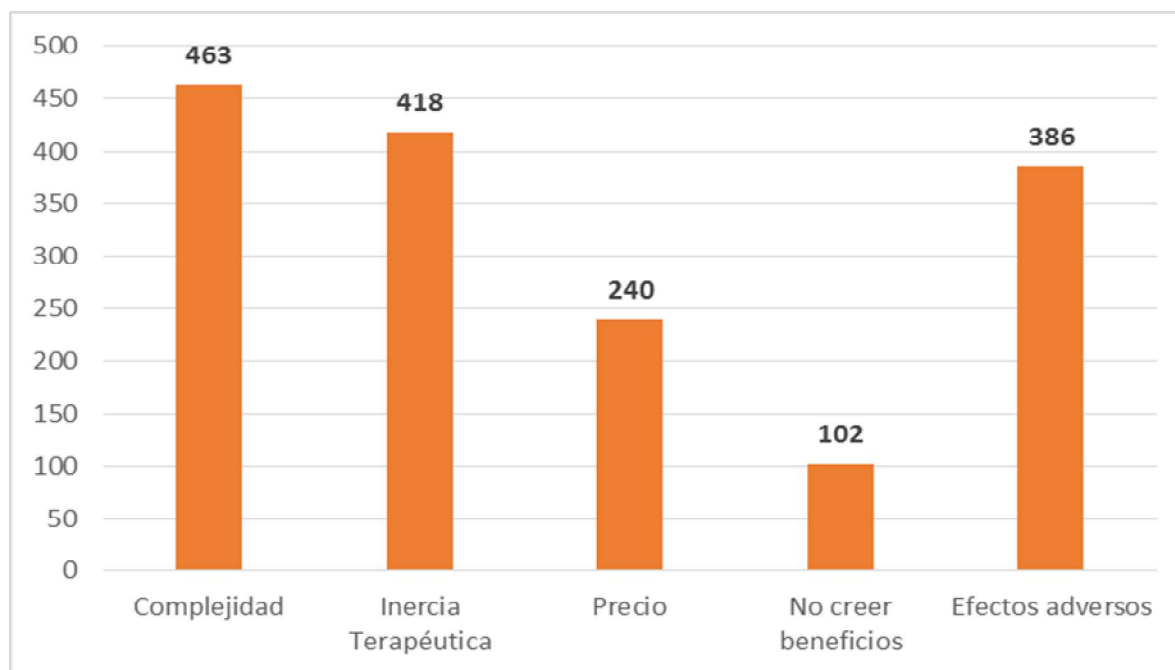
- **Pregunta 5:** un mayor conocimiento acerca de para qué sirve cada fármaco y por qué se prescribe en ese momento ¿Sirve para que el paciente cumpla mejor las recomendaciones?:



Y consideran que un mejor conocimiento de sus efectos ayudan a la adherencia. Lo consideran imprescindible el 68,5% y recomendable el 31,5%

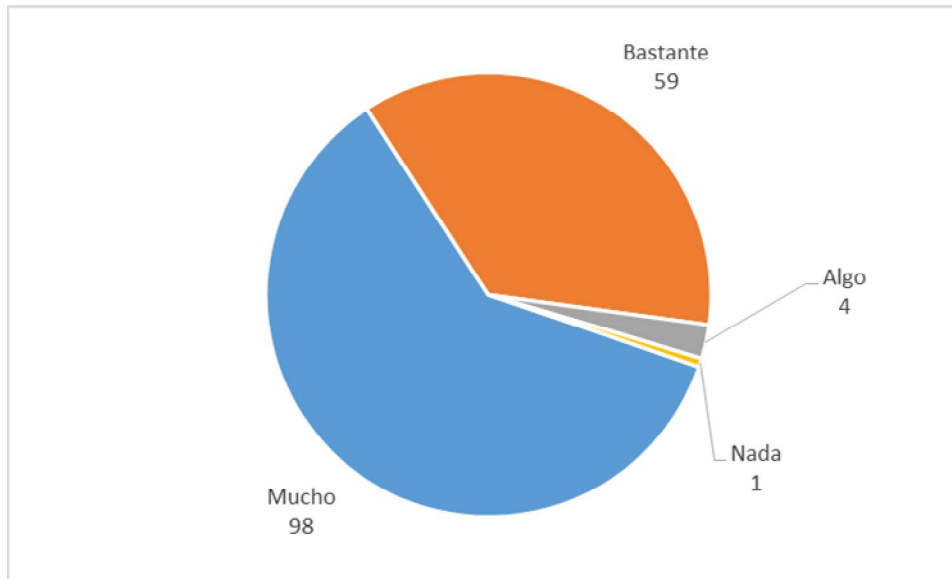
Cuestiones relacionadas con el paciente

- **Pregunta 6:** Motivos que tiene el facultativo para no cumplir las guías



Los motivos más importantes para dificultar la adherencia a las guías son la complejidad de la medicación (2,85 sobre 5) y la inercia terapéutica (2,58).

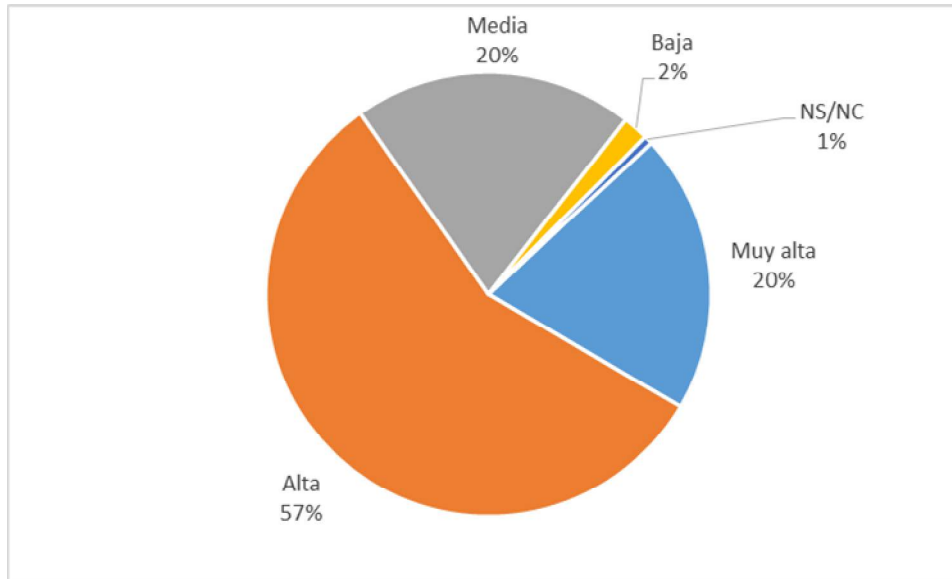
- **Pregunta 7:** ¿Considera que un plan de prescripción establecido repercute en la adherencia al tratamiento?



El disponer de un plan de prescripción establecido es considerado por el 60,5% como de mucha importancia para mejorar la adherencia.

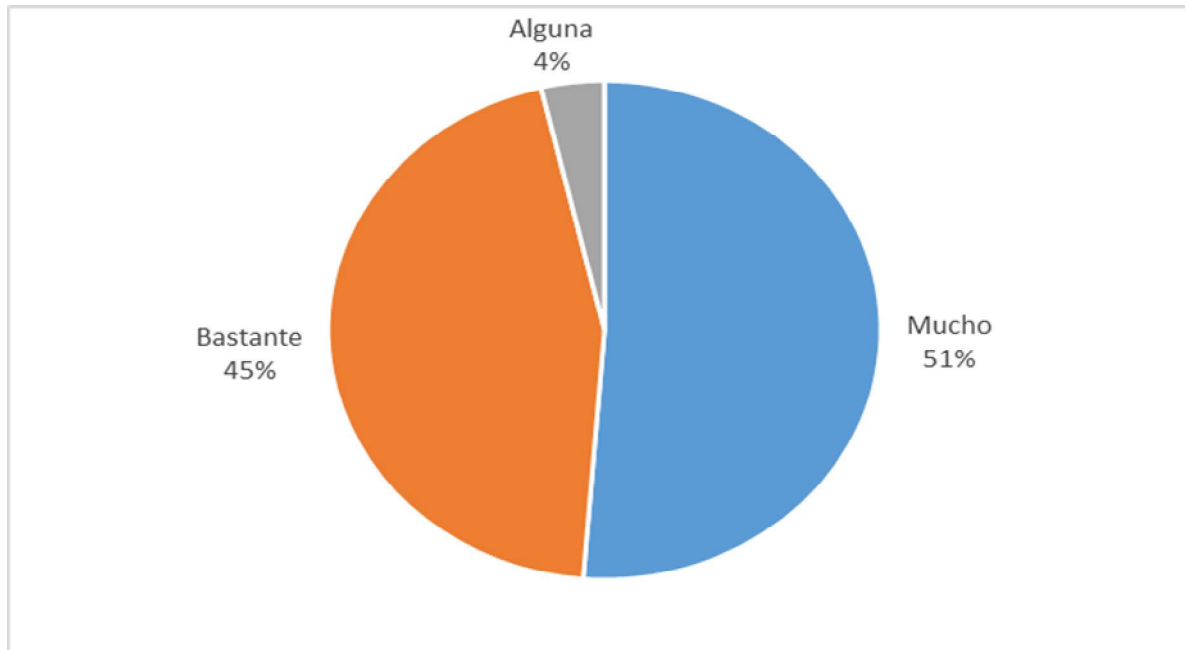
Cuestiones relacionadas con los profesionales y el sistema sanitario

- **Pregunta 8:** La formación de los profesionales sanitarios en cuanto a la importancia de las guías es:



Se considera por el 77% de los participantes que el conocimiento de las guías es importante o muy importante para facilitar la adherencia

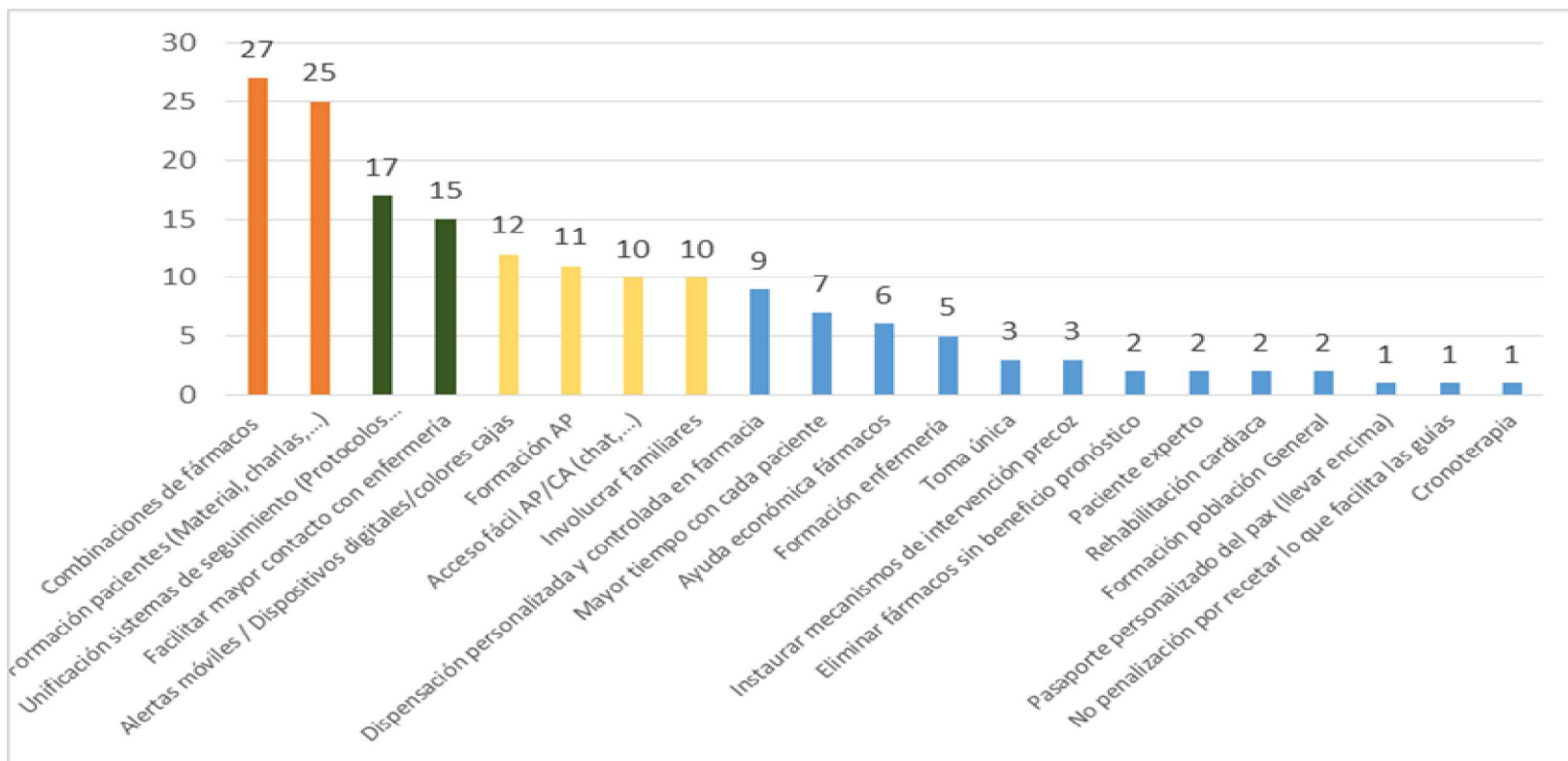
- **Pregunta 9:** ¿En qué medida cree que influye en la adherencia al tratamiento la falta de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales?



Por último la coordinación entre niveles asistenciales es muy o bastante importante en este terreno de la mejoría de la adherencia

Propuestas extraídas de los 30 cuestionarios de consenso

De los 30 grupos de consenso, se han recogido un total de 171 propuestas para mejorar la adherencia a las guías tanto por parte del médico como por parte del paciente.



Las más consideradas son el uso de combinaciones de fármacos (con reducción del número de pastillas) y la formación del paciente y sus cuidadores

Comentarios y conclusiones

- Las guías europeas son reconocidas por la mayoría de los participantes como aquellas en las que se basan para iniciar y seguir un tratamiento (el % es muy coincidente con el reciente registro METRICA, en prensa)
- La mayoría de los profesionales (80%) dicen establecer criterios de búsqueda activa de adherencia en su día a día, lo que puede interpretarse como que el clínico está muy concienciado de la importancia de la adherencia (posiblemente no haga falta insistir mucho en este punto en cursos, etc)
- Las razones más utilizadas por los pacientes para no cumplir las guías son, en boca de los médicos y enfermeras, la complejidad de la medicación, el olvido y los posibles efectos adversos.
- Las razones que dan los facultativos y enfermeras para este punto son muy parecidas, destacando la complejidad de la medicación, la inercia terapéutica (¿Habría que indagar más cómo evitarla?) y nuevamente la posibilidad de efectos adversos. Destaca que sí hay una creencia elevada en los beneficios, por lo que (como se comentaba verbalmente en algunas reuniones, puede indicar la menor necesidad de insistir en cursos y charlas acerca de los beneficios de las mismas, está asumido)
- Sólo un 5% de los facultativos y enfermeras afirman que el paciente entiende siempre para qué sirven los fármacos y, paralelamente, el 69% de los participantes consideran que este es un factor imprescindible para un correcto seguimiento de las guías. El 31% restante lo consideran, cuando menos, recomendable. Este punto guarda coherencia con que la propuesta más aportada, tras la simplificación de la medicación, sea la formación del paciente en sus diferentes formas (¿Quizá es el momento de plantearse ¿Cómo podemos formar mejor a nuestros pacientes con el tiempo y medios que tenemos?)
- El 60% de los participantes afirman que el tener un plan de prescripción pre establecido ayudaría mucho a cumplir las guías, mientras que un 36% adicional consideran que ayudaría bastante. También se observa coherencia entre esta respuesta y que la tercera propuesta más aportada sea la de Unificación de sistemas de seguimiento a pacientes mediante establecimiento de protocolos interdisciplinarios, así como medidas como el pasaporte del paciente que va con el enfermo en sus diferentes etapas de seguimiento y/o agudización.
- El 77% de los participantes consideran que la formación de los pacientes sanitarios es muy alta o alta. De aquí que no haya muchas propuestas respecto a una mayor formación de los profesionales (exceptuando en AP pero ya en el tercer cuartil de propuestas)

Por todo ello y en resumen, parece existir una demanda, además de usar medicaciones más simples cuando sea posible, sobre:

- Vías, medios y habilidades para educar mejor a los pacientes, especialmente en cuanto a la utilidad de la medicación que se les prescribe se refiere
- Establecimiento de protocolos claros interdisciplinares y medidas individualizadas con un programa de seguimiento establecido desde el inicio.
- Mayor contacto aún con enfermería (hay muchas diferencias en el territorio nacional en cuanto a posibilidad y participación de la enfermería en el seguimiento, educación y control del paciente IC)
- Mayor relación entre especialistas, AP, enfermería, enfermo y familiares.