

Correccion del Exámen

Módulo 1

- 1.- La accesibilidad de la Atención Primaria
 - A. Solo entraña ventajas.
 - B. Es un problema clave de la Atención Primara, claramente a mejorar.
 - C. **Implica una gran responsabilidad para el profesional, que ha de ocuparse y preocuparse de la consecución y mantenimiento de los objetivos marcados.**
 - D. Implica una gran responsabilidad para el profesional, que ha de ocuparse y preocuparse de la consecución y mantenimiento de los objetivos marcados.

La relación de proximidad con los usuarios y la accesibilidad del sistema en cuanto a seguimiento implican, además de una importante ventaja, una gran responsabilidad para el profesional, que ha de ocuparse y preocuparse de la consecución de los objetivos marcados por las guías como óptimas pero también del mantenimiento de nuestros pacientes en esos rangos. Vemos en todas ellas cómo se hace referencia a las disminuciones de morbimortalidad en función del tiempo que los usuarios están cumpliendo los criterios de buen control.

- 2.- Señale la respuesta FALSA respecto al estudio HISPALIPID:
 - A. 73% de los pacientes dislipémicos estaban tratados con fármacos hipolipemiantes.
 - B. Las Estatinas son el fármaco fundamental 88%.
 - C. Sólo el 7% no recibe tratamiento a pesar de estar diagnosticado.
 - D. **El grado de control es alto, pues dos de cada 3 dislipémicos diagnosticados y tratados están controlado adecuadamente.**

El estudio HISPALIPID uno de los más importantes desarrollado en nuestro país, estudió a 33.000 pacientes atendidos en consultas ambulatorias en el conjunto de España en 2003, encontrando que el 73% de los pacientes dislipémicos estaban tratados con fármacos hipolipemiantes (el 88% de éstos sólo con estatinas), el 69% con dieta para dislipemia, y sólo el 7% no recibían ningún tratamiento. De tal forma que el tratamiento farmacológico de la dislipemia en las consultas españolas es moderadamente alto (73%) pero el grado de control es bajo, pues sólo uno de cada 3 dislipémicos diagnosticados y tratados está controlado adecuadamente

- 3.- Señale la asociación correcta entre pacientes diagnosticados / pacientes controlados correspondiente al estudio IBERICAN:
 - A. **El 50,3% tienen dislipidemia / buen control 25,8%.**
 - B. El 47,4% tienen hipertensión arterial / buen control 58,5%.

- C. El 19% tienen diabetes mellitus / buen control 75,9%.
- D. El 50,3% tienen dislipidemia / buen control 29,7%.

Los resultados aportados a continuación corresponden al análisis transversal de las variables de inclusión de los primeros 3.042 pacientes incluidos a fecha de 2 de enero de 2016 en el estudio IBERICAN. La edad media de los sujetos incluidos es de $57,9 \pm 14,6$ años, y el 55,5% son mujeres. El 54,9% viven en un hábitat urbano, y el 57,3% tienen estudios primarios. El 50,3% tienen dislipidemia, el 47,4% hipertensión arterial, el 29,7% sedentarismo, el 28,2% obesidad abdominal y el 19% diabetes mellitus. El grado de control de hipertensión arterial, dislipidemia y diabetes mellitus tipo 2 fue del 58,5, del 25,8 y del 75,9%, respectivamente.

- 4.- ¿Qué sistema de análisis nos resulta más conveniente cuando queremos realizar un análisis de las causas del mal control de los FRCV?
 - A. Diagrama de flujo.
 - B. **Diagrama de Ishikawa.**
 - C. Diagrama de Pareto.
 - D. Diagrama de PERTH..

La falta de consecución de los objetivos de control no tiene una causa única. Son múltiples los motivos que se aducen y que se interrelacionan para mantener esta situación, que vemos de forma consistente en todos los estudios analizados tanto en nuestro país como en los de nuestro entorno. Cuando hacemos un análisis de este tipo de causas, desde un punto de vista didáctico y docente, realizamos una agrupación según un sistema estándar de causa-efecto (o diagrama de Ishikawa).

- 5.- Señale la afirmación falsa respecto a las Guías de Práctica Clínica (GPC):
 - A. **Son propuestas por las Autoridades sanitarias.**
 - B. Las GPC tienen un gran interés como instrumento para mejorar la práctica asistencial en circunstancias clínicas específicas.
 - C. Intentan introducir en el quehacer habitual actividades y procedimientos protocolizados basados en la evidencia científica aportada por los ensayos clínicos aleatorios (ECA) en los que se ha conseguido demostrar la eficacia de las diversas medidas terapéuticas.
 - D. Nos aportan las evidencias más recientes y nos sistematizan los conocimientos imprescindibles para abordar conceptualmente el problema con las máximas garantías de efectividad.

Las diversas Sociedades Científicas que tienen responsabilidad en el manejo del RCV plantean algunas soluciones y recomiendan a través de las Guías de Práctica Clínica disponibles, introducir en el quehacer habitual actividades y procedimientos protocolizados basados en la evidencia científica aportada por los ensayos clínicos aleatorios (ECA) en los que se ha conseguido demostrar la eficacia de las diversas medidas terapéuticas en la disminución de la

morbimortalidad, y que tienen un gran interés como instrumento para mejorar la práctica asistencial en circunstancias clínicas específicas. Las Guías vendrían a resolver, además, el problema detectado en el Área de Conocimientos: nos aportan las evidencias más recientes y nos sistematizan los conocimientos imprescindibles para abordar conceptualmente el problema con las máximas garantías de efectividad.

- 6.- Según la Adaptación Española de la Guía Europea 2007 elaborada por el Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular (CEIPC), ¿Qué habilidades debería desarrollar Enfermería de Atención Primaria para mejorar el control de los FRCV?
 - A. Asumir un papel protagonista en el manejo de los factores de riesgo conductuales (Tabaquismo, Obesidad, Sedentarismo).
 - B. Enfatizar en la detección de efectos secundarios de los fármacos.
 - C. Educar al paciente para que realice una adecuada cumplimentación del conjunto de las medidas terapéuticas.
 - D. Facilitar la adherencia al tratamiento.
 - E. **Todos ellos.**

Enfermería de AP debe incorporarse de manera decidida a las labores asistenciales en el RCV asumiendo un papel protagonista en el manejo de los factores de riesgo conductuales (Tabaquismo, Obesidad, Sedentarismo), en la detección de efectos secundarios de los fármacos y en la educación del paciente para que realice una adecuada cumplimentación del conjunto de las medidas terapéuticas, facilitando la adherencia al tratamiento

- 7.- ¿Cuál de las siguientes condiciones no se antoja necesaria para vencer la Inercia Clínica?
 - A. Organización y gestión de la consulta de AP, tanto del médico como de la enfermera de AP.
 - B. Colaboración estrecha entre el médico y el enfermero/a de AP.
 - C. **Mayor número de médicos que de enfermeras en los Equipos de Atención Primaria para disminuir los pacientes adscritos a cada médico.**
 - D. Trabajo protocolizado que implique una intervención intensiva sobre los FRCV en general y sobre el colesterol en particular basado en la evidencia científica.

Para poder llevar a cabo un ejercicio profesional de calidad y necesario para vencer la inercia clínica, consideramos necesario e imprescindible que se cumplan tres condiciones básicas:

1. Organización y gestión de la consulta de AP, de ambos profesionales.
2. Colaboración estrecha entre el médico y el enfermero/a de AP, con ratios 1:1 médico: enfermera.
3. Trabajo protocolizado que implique una intervención intensiva sobre los

FRCV en general y sobre el colesterol en particular basado en la evidencia científica.

- 8.- ¿Cuál de las siguientes actividades consideramos específica a realizar por el profesional médico y no por el personal de enfermería?
 - A. Explicación al paciente qué significa y le supone el RCV que se le ha calculado.
 - B. Instauración y evaluación del tratamiento en cuanto a consejos sobre estilo de vida saludable y medidas higiénico-dietéticas.
 - C. Conocimientos del paciente sobre indicaciones y correcta posología de los fármacos que utiliza y grado de adherencia al tratamiento.
 - D. **Valoración de los resultados analíticos y de las pruebas complementarias.**

Consideramos contenidos específicos de la visita programada de tipo A realizar por el médico de AP:

- Análisis, verificación y complementación de los datos recogidos en la HC.
 - Exploración física específica (lesiones en piel, auscultación, etc.).
 - Solicitud de pruebas analíticas, estudios complementarios y derivación al nivel especializado, cuando corresponda.
 - Valoración de los resultados analíticos y de las pruebas complementarias.
 - Análisis y evaluación de informes clínicos elaborados por otros especialistas.
 - Establecimiento de los diagnósticos confirmados y registro codificado en la Historia Clínica.
 - Evaluación del grado de control alcanzado en las fracciones lipídicas (y en el resto de los FRCV) con la estrategia terapéutica administrada.
 - Introducción y/o evaluación de las medidas terapéuticas que esté realizando el paciente, aportándole información verbal y por escrito de las pautas del tratamiento actual administrado y su correspondiente registro en la HC.
 - En el caso de no haberse conseguido los objetivos de control, introducción de las modificaciones oportunas en el esquema terapéutico para alcanzarlos.
 - Programación de la visita sucesiva, A o B, con su correspondiente intervalo de tiempo-profesional, en función de haber alcanzado o no el objetivo de control.
- 9.- ¿Qué actividad resulta prioritaria si sospechamos una Dislipemia Secundaria?
 - A. Llegar rápidamente a objetivos.
 - B. **Tratar de identificar la causa.**
 - C. Instaurar tratamiento con Estatinas en asociación.
 - D. Retirar el resto de medicación concomitante para evitar interferencias farmacológicas.

Sujetos con dislipemia de origen secundario. Una vez identificada la enfermedad causal que condiciona la dislipemia, la abordaremos terapéuticamente. Es posible que, para realizar un estudio y tratamiento adecuado, se precise derivar

al paciente al nivel especializado. Una vez tratada la causa valoraremos si se resuelve.

- 10.- Si un paciente, en una visita sucesiva, no ha alcanzado el objetivo marcado de cLDL para su nivel de riesgo (marque la correcta):
 - A. **Lo primero será investigar la adherencia al tratamiento.**
 - B. Subiremos la dosis de estatina de inmediato.
 - C. Procederemos a asociar Ezetimiba y citaremos de nuevo.
 - D. El paciente es candidato a PCSK9, motivo por el cual será derivado al siguiente escalón asistencial.

Contenido específico de la visita sucesiva en el caso de un paciente no controlado: Se investigará siempre la adherencia al tratamiento hipolipemiante. Pueden darse dos situaciones

A.- Adherencia no adecuada. (Ingesta menor del 80% de las dosis prescritas)

Se interrogará por los motivos del incumplimiento y se valorará la pertinencia de mantener o retirar el fármaco en función de las causas que lo condicionen (efectos secundarios, temores, olvidos, etc.). En el caso de suponerse factible conseguir una adherencia adecuada se mantendrá el mismo esquema terapéutico y se dará una nueva cita en el plazo de 6 semanas, asumiendo el resto de las actividades señaladas en el apartado anterior. En caso de prever falta de adherencia irreversible se programarán al paciente visitas trimestrales con los mismos criterios de una visita programada de tipo B.

En el caso de intolerancia a estatinas se propondrá utilizar un inhibidor de la absorción intestinal del colesterol (IAIC) -resinas o ezetimiba- en función de las características del paciente y se asumirán las mismas actividades que se exponen a continuación.

B.- Adherencia adecuada. (Ingesta entre 80-110% de las dosis prescritas):

El paciente precisa modificación del esquema terapéutico para alcanzar el objetivo.

Módulo 2

- 1.- ¿Cuál es el objetivo terapéutico en pacientes de alto riesgo cardiovascular?:
 - A. cLDL < 120 mg/dl.
 - B. **cLDL < 100 mg/dl.**
 - C. cLDL < 80 mg/dl.
 - D. cLDL < 70 mg/dl.

En estos pacientes de alto riesgo existe suficiente evidencia científica para recomendar como objetivos de control lipídico el cLDL <100 mg/dl, o una

reducción porcentual del 50% cuando el cLDL basal esté entre 100-200 mg/dl.

Cadápano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Atherosclerosis*. 2016 Oct;253:281-344.

- 2.- NO se consideran pacientes de muy alto riesgo cardiovascular según las guías europeas más recientes:
 - A. Enfermedad cardiovascular documentada.
 - B. Ictus.
 - C. **Diabetes tipo 2 sin ningún otro factor de riesgo cardiovascular.**
 - D. Insuficiencia renal crónica grave con $FG < 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$.

Las guías europeas más recientes sobre la prevención de la ECV en la práctica clínica incluyen como pacientes de muy alto riesgo cardiovascular los pacientes en cualquiera de las siguientes circunstancias:

- ECV documentada por pruebas invasivas o no invasivas (tales como coronariografía, resonancia magnética, ecocardiografía de estrés, placa carotídea por ultrasonidos), infarto de miocardio previo, síndrome coronario agudo, revascularización coronaria (intervención coronaria percutánea o cirugía de revascularización aortocoronaria) u otros procedimientos de revascularización arterial, ictus isquémico, enfermedad arterial periférica. • Diabetes mellitus (tipo 1 o tipo 2) con uno o más factores de riesgo cardiovascular y/o lesiones de órgano diana (tales como microalbuminuria: 30-300 mg/24 h). • Enfermedad renal crónica grave (tasa de filtrado glomerular $< 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$). • Riesgo cardiovascular estimado a 10 años $\geq 10\%$ por las tablas SCORE.

Cadápano AL, Graham I, De Backer G, Wiklund O, Chapman MJ, Drexel H, et al. 2016 ESC/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias. *Atherosclerosis*. 2016 Oct;253:281-344.

- 3.-Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta:
 - A. Las partículas pequeñas y densas de LDL son menos aterogénicas que las LDL normales.
 - B. Los TG están descendidos en la dislipemia aterogénica.
 - C. El cHDL está elevado en la dislipemia aterogénica.
 - D. **En presencia de hipertrigliceridemia el mejor parámetro de control es el col no-HDL.**

La dislipemia aterogénica (cHDL bajo, triglicéridos elevados y un fenotipo con LDL pequeñas y densas, que son más aterogénicas que las LDL normales) representa una situación especial de alto riesgo que aparece con mayor frecuencia en pacientes con ECV establecida, diabetes tipo 2, síndrome metabólico, obesidad, insuficiencia renal crónica y dislipemia familiar combinada, persiste en un gran porcentaje de pacientes en tratamiento

hipolipemiante con cifras de cLDL en objetivos, y es responsable del riesgo residual atribuible a la dislipemia. Millán Núñez-Cortés J, Díaz Rodríguez A, Blasco M y Pérez Escanilla F. Guía Clínica para la Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Dislipemia Aterogénica en Atención Primaria. 2013. Sociedad Española de Arteriosclerosis (SEA), Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEGM).

- 4.- La herramienta objetivo 70: ¿Cómo alcanzar en 2 pasos concentraciones de LDL inferiores a 70 mg/dl en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular NO CONTEMPLA?:
 - A. Que se inicie la terapia con una estatina potente a la dosis máxima.
 - B. Si con la dosis máxima de estatina el cLDL es < 70 mg se mantenga el tratamiento.
 - C. Si con la dosis máxima de estatina potente el cLDL >90 mg/dl se inicie coadministración con ezetimibe.
 - D. **Que el paciente tenga un riesgo cardiovascular alto.**

Para este grupo se ofrece un algoritmo muy simplificado que puede favorecer alcanzar los objetivos de control «en 2 pasos» en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, tal como se muestra en la figuras 2 que ha sido consensuado por la Sociedad Española de Cardiología, la SEA, SemFYC y SEMERGEN.

C Guijarro-Heraiz, L Masana-Marín, E Galve, A Cordero-Fort. Control del colesterol LDL en pacientes de muy alto riesgo vascular. “en dos pasos”. Clin Invest Arterioscl. 2014;26(5):242-252.

- 5.- La Herramienta objetivo 70 va a permitir al médico todo lo siguiente, EXCEPTO:
 - A. Alcanzar los objetivos de control cLDL <70 mg/dl en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular.
 - B. Mejorar la cumplimentación.
 - C. **Mantener la inercia terapéutica.**
 - D. Realizar un tratamiento óptimo de una forma precoz.

Para este grupo se ofrece un algoritmo muy simplificado que puede favorecer alcanzar los objetivos de control «en 2 pasos» en pacientes de muy alto riesgo cardiovascular, tal como se muestra en la figuras 2 que ha sido consensuado por la Sociedad Española de Cardiología, la SEA, SemFYC y SEMERGEN, para mejorar la complementación terapéutica y vencer la inercia.

C Guijarro-Heraiz, L Masana-Marín, E Galve, A Cordero-Fort. Control del colesterol LDL en pacientes de muy alto riesgo vascular. “en dos pasos”. Clin Invest Arterioscl. 2014;26(5):242-252

- 6.- La terapia combinada de estatinas con ezetimibe nos va a permitir lograr los objetivos de LDL < 70 mg/dl. Señale la respuesta falsa:
 - A. **No es necesaria, es suficiente tratar con estatinas potentes a dosis máximas.**
 - B. Es una combinación eficaz y segura.
 - C. Es una combinación complementaria.
 - D. Es una combinación con suficiente evidencia científica.

Debemos utilizar la terapia con intensidad hipolipemiente suficiente para alcanzar los objetivos de control, que para > 70 mg/dl conlleva en la mayoría de los casos la asociación de Estatinas con ezetimibe.

C Guijarro-Heraiz, L Masana-Marín, E Galve, A Cordero-Fort. Control del colesterol LDL en pacientes de muy alto riesgo vascular. “en dos pasos”. Clin Invest Arterioscl. 2014;26(5):242-252

- 7.- Qué estatina ha mostrado un efecto, al menos, neutro respecto al efecto diabetógeno:
 - A. Rosuvastatina.
 - B. **Pitavastatina.**
 - C. Simvastatina.
 - D. Atorvastatina.

En los pacientes con cardiopatía isquémica con alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 (prediabetes), como son los pacientes con sobrepeso, obesidad, síndrome metabólico o en los que ya padecen diabetes tipo 2, la pitavastatina a dosis máxima estaría especialmente indicada por su efecto neutro en el riesgo de diabetes de nueva aparición

Vallejo-Vaz AJ, Kondapally Seshasai SR, Kurogi K, Michishita I, Nozue T, Sugiyama S, et al. Effect of pitavastatin on glucose, HbA1c and incident diabetes: A meta-analysis of randomized controlled clinical trials in individuals without diabetes. Atherosclerosis. 2015;241:409-18.

- 8.- Cuando precisemos un tratamiento hipocolesterolemante de alta intensidad (reducción del 50-60% del c-LDL), la opción a elegir será:
 - A. Atorvastatina 20 mg.
 - B. Simvastatina 40 mg.
 - C. Pravastatina 40 mg.
 - D. **Atorvastatina 20 mg + ezetimiba 10 mg.**

Los pacientes con muy alto RCV y cLDL > 140 mg/dl requieran un descenso de LDL \geq 50% para alcanzar el objetivo de 70 mg/dl. A partir de cifras de cLDL > 150 mg/dl será necesaria la terapia hipolipemiente combinada de alta o muy alta intensidad (estatinas potentes a dosis máximas + ezetimibe) para lograr los

objetivos de control.

Masana L, Pedro-Botet J, Civeira F, IMPROV-IT clinical implications. Should the high-intensity cholesterol-lowering therapy strategy replace the high-intensity statin therapy? *Atherosclerosis*. 2015;240:161-2.

- 9.- La reducción del riesgo cardiovascular que conlleva la disminución de 1 mmol/L (\approx 39 mg/dl) en el c-LDL es de:
 - A. **23%.**
 - B. 30%.
 - C. 15%.
 - D. 20%.

En un metanálisis posterior se demostró que una reducción del cLDL de 1 mmol/l (39 mg/dl) se tradujo en una reducción de los episodios coronarios principales del 23% y una reducción de los episodios vasculares principales del 21%

Baigent C, Keech A, Kearney PM et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005; 366:1267-1278.

- 10.- Cuales se consideran las estatinas de alta intensidad.
 - A. Atorvastatina y Pitavastatina.
 - B. Atorvastatina y Pravastatina.
 - C. **Atorvastatina y Rosuvastatina.**
 - D. Atorvastatina y Sinvastatina.

La Atorvastatina y a Rosuvastatina se consideran estatinas de alta intensidad.

Masana L, Pedro-Botet J, Civeira F, IMPROV-IT clinical implications. Should the high-intensity cholesterol-lowering therapy strategy replace the high-intensity statin therapy? *Atherosclerosis*. 2015;240:161-2.

Módulo 3

- 1.- Según la OMS la adherencia terapéutica es:
 - A. El grado en el que la conducta del profesional sanitario, en relación con la pauta de medicación, la recomendación de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el paciente.
 - B. El grado en el que un paciente toma la medicación prescrita por el profesional sanitario.
 - C. **El grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario.**

- D. El grado en el que la conducta de un paciente, es similar a los estilos de vida que recomienda el profesional sanitario.

Es la definición descrita por la OMS en el artículo: Adherence to long term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.

- 2.- En relación a la importancia de la atención primaria en el seguimiento de la adherencia señale la falsa:
 - A. El profesional de AP forma una parte fundamental de la prevención primordial, que sería en RCV la que tiene como objetivo promover hábitos o estilos de vida que eviten la aparición de los FRCV.
 - B. **El sanitario de atención primaria por la proximidad a los pacientes y su accesibilidad a ellos y su entorno familiar, no es responsable de la consecución de objetivos y por lo tanto tampoco de la adherencia.**
 - C. Cuando los objetivos no se consiguen y sobre todo si una vez alcanzados, estos no se mantienen, es labor del profesional de AP investigar las posibles causas que impiden el correcto manejo del paciente.
 - D. La primera causa que hay que investigar cuando los objetivos terapéuticos no son alcanzados es la falta de adherencia.

Explicación: La relación de proximidad con los pacientes y la accesibilidad de la AP en cuanto a seguimiento implican, además de una importante ventaja, una gran responsabilidad. Ya que el profesional de AP, es el encargado de velar por la consecución de objetivos y una vez alcanzados, mantenerlos durante el resto de la vida del paciente. Cuando los objetivos no se consiguen y sobre todo si una vez alcanzados, estos no se mantienen, es labor del profesional de AP investigar las posibles causas que impiden el correcto manejo del paciente. Entre ellas, la primera que debemos evaluar es la adherencia terapéutica.

- 3.- En relación a la falta de adherencia a las dislipemias, señale la verdadera:
 - A. Se sitúa en niveles del 50 al 80 % según los estudios consultados.
 - B. Los pacientes presentan una adherencia a los cambios en los estilos de vida superiores al 75%.
 - C. En patologías crónicas como la hipertensión, la dislipemia y la depresión, son las que las altas tasas de adherencia presentan.
 - D. **Entre el 5 y el 20% de las recetas prescritas por los profesionales no son retiradas en la farmacia.**

El porcentaje de pacientes con falta de adherencia al tratamiento es muy variable, en función de las patologías, de los tratamientos y de las diferentes poblaciones. Según los diferentes estudios oscila entre el 26,7% y el 46,7%. Entre el 5 y el 20% de las recetas prescritas por los profesionales ni siquiera son retiradas de las oficinas de farmacia. El 20% de los pacientes no recuerda la posología prescrita. Las distintas publicaciones sitúan la falta de adherencia a la

dieta o a un cambio en los estilos de vida en cifras superiores al 75%. En patologías crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la dislipemia, la depresión, etc. Las cifras de falta de adherencia rondan el 35-50%.

- 4.- Causas de la falta de adherencia. Según el estudio FOCUS las principales causas son:
 - A. Juventud.
 - B. Depresión.
 - C. Régimen terapéutico complejo.
 - D. **Todas las anteriores son ciertas.**

Los factores asociados a la falta de adherencia identificados en la primera fase del estudio FOCUS fueron: juventud, depresión, régimen terapéutico complejo, escasa cobertura del seguro médico y escaso apoyo social.

- 5.- Entre las principales causas de falta de adherencia relacionadas con el fármaco es falso que:
 - A. **La interrupción del tratamiento debido a los efectos adversos es rara, ya que el paciente generalmente tolera bien estos efectos porque conoce los beneficios del tratamiento pautado.**
 - B. La adherencia a los tratamientos de los FRCV son bajas, ya que son enfermedades silentes.
 - C. La complejidad del tratamiento es un factor importante para la falta de adherencia.
 - D. El coste de los fármacos puede ser una barrera para muchos pacientes por su situación socioeconómica.

La interrupción del tratamiento debido a la aparición de efectos adversos es una de las causas más comunes de incumplimiento. Éstos pueden ser la causa del abandono de la pauta terapéutica o pueden aparecer también como consecuencia de la falta de seguimiento de las recomendaciones médicas sobre las pautas de dosificación. Este punto es de vital importancia en el caso de la dislipemia, ya que al ser una enfermedad silente, el paciente no presenta conciencia de ella, y todo tratamiento que le genere efectos secundarios va a producir un importante rechazo.

- 6.- Los cambios en los estilos de vida:
 - A. Son opciones fáciles de seguir, por lo que los pacientes suelen tender de forma natural hacia ellas.
 - B. **En los pacientes pueden tener un sentimiento ambivalente hacia la adopción de cambios en su estilo de vida que es necesario explorar por parte del profesional sanitario.**
 - C. Deben ser propuestos por parte de los profesionales sanitarios únicamente.

- D. No están influidos por el nivel socioeconómico y por los factores ambientales.

Las opciones saludables no son siempre opciones fáciles, por lo que los pacientes no suelen tender de forma natural hacia ellas. El nivel socioeconómico y cultural, y los factores ambientales tienen influencia en los cambios conductuales. Los calendarios para llevar a cabo los cambios en el estilo de vida propuestos de forma unilateral por el médico, pueden no adecuarse al de la persona que se está tratando de ayudar. Las personas pueden tener un sentimiento ambivalente hacia la adopción de cambios en su estilo de vida que es necesario explorar.

- 7.- Respecto a los métodos de medida de la adherencia terapéutica:
 - A. El test de Morisky – Green no está validado para las enfermedades crónicas pero sí para las agudas. Es correcto adherente cuando responde de forma correcta a las 4 preguntas.
 - B. La técnica del cumplimiento autocomunicado o Test Haynes-Sackett se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de adherencia al tratamiento y consta de 4 fases muy bien diferenciadas.
 - C. El método indirecto basado en el recuento de comprimidos, compara el número de comprimidos consumidos con los recetados.
 - D. **Los MEMS son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado. Mediante un mecanismo electrónico se controla automáticamente la apertura de este.**

El test de Morisky – Green es una serie de preguntas validadas para diversas enfermedades crónicas. La técnica del cumplimiento autocomunicado o Test Haynes-Sackett se basa en preguntar al enfermo sobre su nivel de adherencia al tratamiento y consta de 2 partes. El método indirecto basado en el recuento de comprimidos, es el método reconocido de certeza por todos los autores y está validado tanto para patologías crónicas como agudas. Este método es sencillo y objetivo. Compara el número de comprimidos que quedan en el envase, teniendo en cuenta los prescritos y el tiempo transcurrido entre la prescripción y el recuento. Los MEMS son sistemas de monitorización que utilizan un registro informatizado, de forma que un microchip colocado en el tapón de cierre del envase de los comprimidos, controla automáticamente la apertura de este, registrando la hora y la fecha en que se produce la apertura del envase.

- 8.- En relación a las técnicas para mejorar la adherencia terapéutica es falso que:
 - A. Normalmente van dirigidas a simplificar el régimen terapéutico.
 - B. Reduciendo el número de dosis diarias con la utilización de formulaciones de liberación retardada.
 - C. Reduciendo el número de fármacos diferentes utilizando, por ejemplo, fármacos en combinación a dosis fijas.
 - D. **Todas son ciertas.**

Todas las respuestas son ciertas, por lo que ninguna de las técnicas que proponemos aquí para mejorar la adherencia terapéutica es falsa.

- 9.- En la revisión Cochrane de 2010 sobre las intervenciones para mejorar la adherencia:
 - A. **Las intervenciones más eficaces fueron los recordatorios.**
 - B. La intervención más eficaz fue la entrevista clínica entre el paciente y el médico.
 - C. La intervención más eficaz fue la entrevista clínica entre el paciente y el enfermero/a.
 - D. Todas fueron igual de eficaces.

En la revisión Cochrane de 2010 sobre las intervenciones dirigidas a mejorar la adherencia. Las intervenciones más eficaces fueron los recordatorios (utilización de alarmas, conectar la toma del medicamento con otras tareas que ayuden a recordar y llamadas telefónicas de las enfermeras).

- 10.- Entre los consejos propuesto por la ESC/EAS de 2016 están todos excepto:
 - A. Explorar las motivaciones e identificar la ambivalencia de los pacientes. Sopesar con ellos los pros y los contras del cambio, evaluar y ayudar la autoeficacia y la confianza, evitar la discusión circular.
 - B. Adaptar el consejo a la cultura, las costumbres y la situación personal del paciente.
 - C. Usar para el cambio el sistema de negociados SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables, Realistas y Oportunos. Hacer un seguimiento de los objetivos y una valoración conjunta del progreso. Premiar y recalcar los beneficios y logros conseguidos.
 - D. **No Involucrar a la pareja, ni a otros miembros de la familia o el cuidador que puedan tener influencia en los estilos de vida del paciente.**

Son los siguientes: Explorar las motivaciones e identificar la ambivalencia de los pacientes. Sopesar con ellos los pros y los contras del cambio, evaluar y ayudar la autoeficacia y la confianza, evitar la discusión circular. Ofrecer apoyo y establecer una alianza con el paciente y su familia. Involucrar a la pareja, otros miembros de la familia o el cuidador que puedan tener influencia en los estilos de vida del paciente. Usar el método OARS [Open-ended questions (preguntas de final abierto), Affirmation (afirmación), Reflective listening (escucha reflexiva) y Summarising (Resumir)]. Adaptar el consejo a la cultura, las costumbres y la situación personal del paciente. Usar para el cambio el sistema de negociados SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables, Realistas y Oportunos. Hacer un seguimiento de los objetivos y una valoración conjunta del progreso. Premiar y recalcar los beneficios y logros conseguidos.