

Efectividad de la entrevista motivacional en la adherencia terapéutica cardiovascular

Effectiveness of motivational interviewing in cardiovascular therapeutic adherence

Brayant Andrade Méndez^{1*} <https://orcid.org/0000-0001-7165-9361>

Jorge Andrés Ramos Castañeda¹ <https://orcid.org/0000-0003-3297-0012>

Dolly Arias Torres¹ <https://orcid.org/0000-0002-4409-2424>

¹Universidad Surcolombiana. Neiva, Colombia.

*Autor para la correspondencia: brayant.andrade@usco.edu.co

RESUMEN

Introducción: La entrevista motivacional elimina la ambivalencia, garantiza la adherencia terapéutica en personas con patologías crónicas y contribuye al logro de metas en salud.

Objetivo: Determinar la efectividad de la entrevista motivacional en la adherencia terapéutica de personas con enfermedad cardiovascular.

Métodos: Se hizo una revisión sistemática de ensayos clínicos sobre la entrevista motivacional en pacientes con enfermedad cardiovascular y su influencia en la adherencia terapéutica. La búsqueda se centró en las principales bases de datos electrónicas en inglés, español y portugués: Medline (PubMed), Cochrane Library, LILACS, CINAHL Plus, Virtual Health Library, EBSCO y SCOPUS. Dos revisores evaluaron, de forma independiente, la relevancia de las citas según criterios de

inclusión. La calidad metodológica se determinó a través de la escala basada en dominios de la Colaboración Cochrane.

Resultados: Se incluyeron en la revisión sistemática ocho estudios con un total de 2030 pacientes. La mayoría de los ensayos presentaron un alto riesgo de sesgo en al menos un dominio. La entrevista motivacional resultó más efectiva que la atención habitual en las mediciones objetivas y subjetivas; además, modificó comportamientos no saludables y disminuyó las cifras de presión arterial de los participantes. La mayoría de los estudios evaluó la adherencia al tratamiento farmacológico.

Conclusiones: La entrevista motivacional presentó efectos favorables sobre la adherencia terapéutica de los pacientes con enfermedad cardiovascular y redujo las cifras de presión arterial. Se observó heterogeneidad en la administración de la intervención y el método de medición de la adherencia.

Palabras clave: enfermedades cardiovasculares; entrevista motivacional; adherencia terapéutica; tratamiento farmacológico; revisión sistemática.

ABSTRACT

Introduction: Motivational interviewing eliminates ambivalence, ensures therapeutic adherence in people with chronic pathologies, and contributes to the achievement of health goals.

Objective: To determine the effectiveness of motivational interviewing on therapeutic adherence in people with cardiovascular disease.

Methods: A systematic review was made of clinical trials on motivational interviewing in patients with cardiovascular disease and its influence on therapeutic adherence. The search focused on the main electronic databases in English, Spanish and Portuguese: MEDLINE (PubMed), Cochrane Library, LILACS, CINAHL Plus, Virtual Health Library, EBSCO and SCOPUS. Two reviewers independently assessed the relevance of the citations according to inclusion criteria. Methodological quality was determined using the Cochrane Collaboration domain-based scale.

Results: Eight studies with a total of 2030 patients were included in the systematic review. Most trials had a high risk of bias in at least one domain. Motivational interviewing was more effective than usual care in objective and subjective measures; in addition, it modified unhealthy behaviors and lowered participants' blood pressure. Several studies evaluated adherence to pharmacological treatment.

Conclusions: Motivational interviewing had favorable effects on adherence to treatment in patients with cardiovascular disease and reduced blood pressure levels. Heterogeneity was observed in the administration of the intervention and the method of measuring adherence.

Keywords: cardiovascular disease; motivational interviewing; therapeutic adherence; pharmacological treatment; systematic review.

Recibido: 30/10/2021

Aceptado: 09/04/2022

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) representan uno de los mayores desafíos del siglo XXI para la salud y el desarrollo mundial. Las consecuencias negativas para las personas y sus familias tienen un impacto socioeconómico, fundamentalmente en países de ingresos bajos y medianos.⁽¹⁾

Estas patologías constituyen la principal causa de morbilidad en el mundo. En 2019 murieron 6,2 millones de personas entre 30 y 70 años, y más del 85 % se consideraron muertes prematuras.^(2,3) Por este motivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hizo un llamado a todas las naciones a comprometerse con las metas del milenio para reducir los factores de riesgo comportamentales y metabólicos para ECV.^(4,5)

Para controlar satisfactoriamente estos padecimientos se requieren largos períodos de tratamiento. Este debe mantenerse de manera sistemática y exige el concurso adecuado del profesional de salud.⁽⁶⁾ El éxito de los tratamientos se relaciona con su cumplimiento, pero lograrlo se considera muy complejo por la combinación de aspectos conductuales, relacionales y autoexhortativos, que implican la participación y la comprensión del paciente.^(7,8)

Las tasas de adherencia al tratamiento son más bajas entre las personas con enfermedades crónicas.⁽⁹⁾ En los países desarrollados aproximadamente el 50 % de estos pacientes cumplen con las indicaciones médicas, mientras que en los países en vía de desarrollo se observa una menor proporción.⁽¹⁰⁾

Varios estudios refieren una disminución significativa en la adherencia al tratamiento poco después de que un medicamento se prescribe. En una cohorte con enfermedad cardiovascular, más del 25 % suspendió la medicación en los primeros seis meses.⁽¹¹⁾ Asimismo, pacientes con indicación de estatinas cumplieron en un 80 % durante los primeros tres meses; a los seis meses bajaron al 56 % y después de cinco años solo uno de cada cuatro pacientes obtuvo un nivel de adherencia del 80 % o más.⁽¹²⁾

La baja adherencia al tratamiento en personas con ECV tiene impactos clínicos metabólicos negativos, tales como el aumento en los niveles séricos de ácido úrico⁽¹³⁾ y la presión arterial.^(14,15) Adicionalmente, se ha demostrado que el consumo de alcohol, el uso excesivo de sal en la dieta, no utilizar los medicamentos y la presión arterial no controlada se asocian a un accidente cerebrovascular.⁽¹⁶⁾

Entre las complicaciones ocasionadas por no cumplir las indicaciones médicas se encuentran la elevada tasa de mortalidad⁽¹⁷⁾ y los reingresos en el hospital.⁽¹⁸⁾ En cambio, pacientes con insuficiencia cardíaca aguda que mantuvieron una dieta mediterránea, minimizaron las tasas de rehospitalización durante el año siguiente.⁽¹⁹⁾

Una de las intervenciones para promover cambios en los comportamientos es la entrevista motivacional. Su principal objetivo se enfoca modificar la conducta del paciente en interés de su salud a través de un conjunto de habilidades de comunicación. Existe evidencia sobre la efectividad de la entrevista motivacional en diversos grupos poblacionales.^(20,21,22) Esta estrategia se ha implementado en

pacientes con VIH, patología cardiovascular, diabetes y otras enfermedades crónicas, con el fin de promover hábitos de vida saludable y prevenir comportamientos insanos.^(23,24)

Sobre la base de lo antes expuesto y a falta de una demostración para consolidar el conocimiento, se realizó esta revisión sistemática con el objetivo de determinar la efectividad de la entrevista motivacional en la adherencia terapéutica de personas con enfermedad cardiovascular.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática siguiendo la metodología PRISMA.⁽²⁵⁾ Se incluyeron ensayos clínicos controlados que evaluaron la entrevista motivacional (intervención) en personas con diagnóstico de ECV (problema) para mejorar la adherencia terapéutica (desenlace). Se seleccionaron personas diagnosticadas con ECV: cualquier tipo de enfermedad cardíaca, enfermedad de arterias coronarias o infarto agudo de miocardio, poscirugía de injerto de derivación de la arteria coronaria o intervenciones coronarias percutáneas. Los desenlaces primarios de interés resultaron la modificación en los niveles de adherencia terapéutica farmacológica; y el logro de metas terapéuticas no farmacológicas, como la abstinencia o la disminución del tabaquismo, la dieta saludable y la actividad física regular. Como resultados secundarios se evaluaron los cambios fisiológicos y metabólicos como una mejora en las cifras de presión arterial, el índice de masa corporal (IMC) y el perfil de lípidos. Se excluyeron cartas al editor, comentarios, resúmenes de trabajos, protocolos de ensayos clínicos, estudios de pacientes con riesgo cardiovascular o síndrome metabólico.

Se revisaron estudios publicados, entre enero de 2000 y diciembre de 2020, en las bases de datos electrónicas Medline (PubMed), Cochrane Library, LILACS, CINAHL Plus, Virtual Health Library, EBSCO y SCOPUS, en idioma inglés, español y portugués. *Cardiovascular diseases and motivational interviewing* fueron los términos utilizados para la búsqueda.

En esta revisión se utilizó un enfoque de tres pasos: primero, exploraciones en bases de datos electrónicas para identificar palabras clave en títulos y

resúmenes, al igual que términos de índice utilizados para describir el artículo. Luego se construyeron estrategias específicas en cada una de las bases de datos para una búsqueda más amplia e identificar los estudios relevantes. Finalmente, se examinó de forma manual la literatura gris (memorias de Congresos, simposios, y otros eventos científicos, documentos de expertos temáticos, resúmenes, disertaciones de posgrado y doctorado, y sitios web) con el fin de identificar materiales valiosos para el campo de interés. También se consideraron las listas de referencias y las bibliografías de estudios recuperados.

Se evaluó la relevancia de los textos según título, resumen y criterios de inclusión. En caso de dudas, se revisó el contenido completo para determinar su inserción o rechazo definitivo. Posteriormente, se recuperaron los artículos para apreciar mediante la lista de verificación de evaluación crítica estandarizada.

Dos revisores extrajeron, de forma independiente, los detalles de los estudios seleccionados. Para ello se apoyaron en un formulario estandarizado de extracción de datos, probado a través de piloto con dos títulos escogidos al azar, y los desacuerdos se resolvieron mediante discusión grupal. Se contactó con los autores cuando se encontró información faltante.

Se rechazaron publicaciones por las siguientes causas: participación de sujetos con riesgo cardiovascular o síndrome metabólico; cuando no estaba explícita la intervención de la entrevista motivacional; la variable principal era diferente a la adherencia terapéutica; la información se encontraba incompleta y si era resumen de póster o ponencias en eventos académicos.

Se recolectaron las siguientes variables: año de publicación, período de estudio, país del estudio, tipo de adherencia evaluada, población, contexto, tiempo de colección de datos, intervención, profesional de la intervención, tiempo y técnica de seguimiento, instrumentos de medición, resultados primarios y secundarios, y porcentaje de pérdidas en cada uno de los grupos.

El riesgo de sesgo de los estudios incluidos se evaluó de forma independiente por dos revisores. Se utilizó la escala basada en dominios de la Colaboración Cochrane.⁽²⁶⁾ Cualquier desacuerdo se resolvió mediante discusión.

Resultados

La mayoría de los estudios incluidos se realizaron entre 2007 y 2019 en países de altos ingresos económicos; cinco de ellos en Estados Unidos de América^(27,28,29,30,31) los tres restantes en Suecia, Australia e Irán (tabla).^(32,33,34)

Tabla - Resumen de los estudios seleccionados

Autor principal	Participantes	Modo de entrega de la EM	Período de estudio	Sistema de medición	Resultados
Hyman y otros ⁽²⁷⁾	289 GI: 92 intervención simultánea, 96 intervención secuencial GC: 93 atención habitual	Siete entrevistas motivacionales por teléfono.	18 meses	Podómetro, niveles de nicotina y sodio en orina.	Menos del 10 % de los participantes lograron adherencia conductual a los 18 meses.
Ogedegbe y otros ⁽²⁸⁾	190 GI: 95 GC: 95	Cuatro entrevistas motivacionales presenciales.	12 meses	Sistema electrónico de monitoreo de eventos de medicación (MEMS)	Tasas de adherencia de postratamiento de 60 % GI y 47 % GC. ($p = 0,054$)
Lawrence y otros ⁽²⁹⁾	155 GI: 94 GC: 61	Entrevistas motivacionales por teléfono. No mencionan el número de sesiones.	17 meses	Datos de reclamaciones médicas y de farmacia.	El GI presentó una tasa mayor de reinicio de la medicación (59,3 %) que el GC (42,1 %; $p < 0,05$).
Östbring y otros ⁽³²⁾	21 GI: 11 GC: 10	Una entrevista presencial y otra por teléfono.	4 semanas	Escala de Creencias sobre medicamentos específicos (BMQS) y la Escala de adherencia a la medicación Morisky de 8 ítems (MMAS-	En la medición de la persistencia de la conducta el GI presentó un 9 % de baja adherencia y un 55 % de alta adherencia.

				8)	
Stewart y otros ⁽³³⁾	395 GI: 207 GC: 188	Tres entrevistas motivacionales presenciales.	6 meses	Escala de Adherencia a la medicación Morisky (MMAS-4).	A los 6 meses la adherencia del GI fue de 73,5 % y el GC 63,6 %. $p = 0,1$
Palacio y otros ⁽³⁴⁾	452 GI: 227 GC: 225	Cuatro entrevistas motivacionales por teléfono.	12 meses	Índice de posesión de medicación (MPR) a través de reclamaciones de farmacia y Escala de adherencia a la medicación de Morisky (MMAS-4).	Adherencia a la medicación del GI 64 % y del 50 % en el GC.
Miriam y otros ⁽³⁰⁾	72 GI: 36 GC: 36	Tres entrevistas motivacionales presenciales (cara a cara) y cuatro llamadas telefónicas.	3 meses	Escala de Adherencia a la Medicación Morisky de ocho ítems (MMAS-8).	La adherencia a la medicación posintervención en el GI y GC fue de $2,91 \pm 1,64$ y $0,36 \pm 1,15$. ($p < 0,001$)
Abughosh y otros ⁽³¹⁾	456 GI: 152 GC: 304	Tres entrevistas motivacionales por teléfono.	6 meses	Proporción de días cubiertos de medicamentos (PDC).	La PDC media para el GI ($0,67 \pm 0,3$) fue mayor que el control ($0,55 \pm 0,4$; $p < 0,001$). GI mayor probabilidad de adherencia (OR = 1,87; IC del 95 % = 1,18-2,95)

Leyenda: GI: grupo intervención; GC: grupo control; PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica; IMC: índice de masa corporal.

Los ocho estudios reportaron un total de 2030 participantes, asignados de forma aleatoria a grupos de intervención y control; solo uno de ellos asignó dos controles por cada persona del grupo de intervención.⁽³⁴⁾ La edad promedio fue de 61,5 años, se vincularon personas de los dos sexos en proporciones similares, a

excepción de uno que incluyó un 88 % de mujeres.⁽²⁸⁾ Tres presentaron ECV diagnosticada,^(27,29,34) otros tres, HTA^(28,31,33) y dos enfermedad coronaria.^(30,32) Dos investigaciones incluyeron límites de edad, una vinculó personas de 18 a 65 años⁽²⁹⁾ y la otra de 45 a 65 años.⁽²⁷⁾ Tres artículos especificaron las características raciales y culturales a quienes estaban dirigidas las intervenciones, se centraron en poblaciones minoritarias: afroamericanos,^(27,28) hispanos y negros.⁽³²⁾ La mayoría de los participantes se vinculó a la atención primaria o la atención ambulatoria; excepto uno que se realizó a nivel hospitalario.⁽³³⁾

Los autores informaron el uso de estrategias conocidas de entrevistas motivacionales, con una previa capacitación y estandarización en la intervención a cargo de un experto. Adicionalmente, recibieron formación en escucha activa, técnicas de reforzamiento de la adherencia y conocimientos específicos sobre las conductas de riesgo, medicamentos y patología cardiovascular. La formación la recibieron en dos o tres días, y lo máximo fue una semana.⁽³²⁾

Se adicionaron a los grupos de intervención recordatorios de toma de medicamentos a través de SMS o correo electrónico, folletos y cuadro de recordatorio de medicinas.^(31,33) Un estudio incluyó al paciente y sus cuidadores.⁽³³⁾ En tres series se involucró a profesionales de enfermería,^(29,32,33) en otros tres a farmacéutas o estudiante de farmacia^(30,31,34) y en dos no se especificó.^(27,28) Para asegurar la correcta aplicación de las intervenciones y el seguimiento, se describieron diferentes estrategias; se destacaron grabaciones de llamadas, auditoría y retroalimentación por expertos; aunque un artículo no hizo referencia a este aspecto.⁽²⁹⁾

La valoración y el reporte de la adherencia resultaron heterogéneos; en un caso se evaluó la adherencia al tratamiento no farmacológico (actividad física, dieta y hábito tóxico),⁽²⁷⁾ en tres se usaron medidas de cumplimiento objetivas; dos de ellos utilizaron los reclamos de farmacia^(29,34) y uno el MEMS.⁽²⁸⁾ Tres utilizaron medidas de autoinforme que coincidieron en el uso de la escala de Morisky en sus dos versiones.^(30,31,33) Otro vinculó medidas de adherencia objetivas y de autoinforme.⁽³²⁾

Además de la adherencia terapéutica, los autores valoraron otras variables de resultado que argumentaron la efectividad de la intervención. Cuatro estudios midieron la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica, y coincidieron en

la reducción de ambas.^(27,28,31,33) Igualmente, se evaluaron parámetros antropométricos y metabólicos, como el IMC y el colesterol sérico, pero ninguno mostró variaciones significativas. Con relación a las variables conductuales, se incrementó la actividad física, se redujo el consumo de sodio y se eliminó el hábito de fumar.⁽²⁷⁾

Osbring⁽³⁰⁾ reportó, entre los problemas vinculados con los medicamentos, los conocimientos insuficientes de la función del fármaco y sus reacciones adversas. Otros resultados se relacionaron con la interrupción del medicamento y las complicaciones de salud.⁽³⁴⁾

La mayoría de las investigaciones presentaron alto riesgo en la generación de la secuencia aleatoria. Dos de ellas no mencionaron el azar en la conformación de los grupos,^(29,30) y cinco no describieron el método para producir grupos comparables.^(27,31,32,33,34) *Ogedegbe* y otros⁽²⁸⁾ aplicaron el procedimiento aleatorio a través de un método informático para la asignación, lo ejecutó un profesional en estadística; pero faltaron detalles del proceso por ello se evaluó como riesgo poco claro de sesgo. Solo tres series emplearon en su selección el ocultamiento con sobres sellados; pero faltaron detalles del procedimiento de la asignación o si el ejecutor era parte de los investigadores.^(28,30,31)

Se observó falta de cegamiento de los participantes y los investigadores a la distribución de grupos. También hubo alto riesgo de sesgo de detección, pues no se describieron las medidas para cegar la evaluación de resultados. El sesgo de desgaste o deserción se redujo en cinco estudios.^(27,30,31,32,33) Dos series presentaron dificultades por reportar un número considerable de abandono o pérdida de información de los dispositivos.^(28,29) Un estudio fue evaluado como riesgo poco claro por el reporte de resultados incompletos, y algunos participantes no recibieron el número de intervenciones programadas.⁽³⁴⁾

No hubo informes selectivos en cinco artículos, debido a que los resultados primarios demostraron la adherencia terapéutica, y los resultados secundarios, las variables previamente planteadas en la metodología.^(28,31,32,33,34) Los tres restantes no proporcionaron suficientes detalles para contrastar los objetivos con los hallazgos del estudio.^(27,29,30)

Discusión

Los hallazgos revelaron que la entrevista motivacional puede mejorar la adherencia terapéutica, especialmente entre las poblaciones minoritarias; sin embargo, el análisis de las características asociadas con esta mejora resultó inconsistente. Esto se debió a la variabilidad en las medidas o la diversidad de instrumentos para determinar las variables de resultado, lo cual conllevó a mayor estratificación de los análisis; además, las pequeñas muestras de algunos estudios produjeron una heterogeneidad significativa en el tamaño del efecto. Las entrevistas motivacionales asociadas con una mejor adherencia estuvieron relacionadas con la participación de enfermeras y farmacéuticos, el modo de entrega presencial o a través de llamadas telefónicas.

En la presente revisión no se detectaron estudios en la población latinoamericana y el continente africano, consideradas tercermundista o países en vías de desarrollo, con factores de riesgo importantes a nivel individual, cultural, económico, unido a la disponibilidad de servicios de salud y la relación con los profesionales sanitarios. Estas variables afectan los niveles de adherencia al tratamiento en personas con patologías crónicas.⁽³⁵⁾ En ese sentido, un metaanálisis reportó que la adherencia entre los pacientes hipertensos de países occidentales supera a la de los individuos de países no occidentales (83,87 %, IC del 95 %: 80,01-87,73 frente a 54,30 %, IC del 95 %: 34,49-74,12, $p = 0,004$).⁽³⁶⁾

No cumplir los tratamientos cardiovasculares se asocia con mayor riesgo de complicaciones y mortalidad, por ellos se requieren intervenciones efectivas que impacten de forma positiva en la salud pública.^(37,38) Las intervenciones multifacéticas demuestran un incremento significativo en la adherencia a la medicación y la entrevista motivacional promete mejorar estos indicadores.⁽³⁹⁾

Las personas con ingresos económicos bajos, el desconocimiento de la indicación y las posibles reacciones adversas de los fármacos se relacionan con un menor nivel de adherencia.^(30,34) En cambio, la edad avanzada, el estado de jubilación/desempleo, la patología con más de 10 años y un menor número de medicamentos recetados se consideran determinantes de una mejor adherencia al tratamiento farmacológico.⁽³⁶⁾

Se evidenció la escasa efectividad de la entrevista motivacional sobre el incremento de comportamientos saludables y la reducción de hábitos tóxicos,⁽²⁷⁾

aunque resulta eficaz para minimizar el tabaquismo y el alcohol, comparada con otras intervenciones conductuales.⁽²⁴⁾ La promoción de la actividad física demostró sus efectos beneficiosos en personas con enfermedades crónicas; sin embargo, los ensayos que evaluaron la participación en la actividad física fueron pequeños y justificaron investigaciones adicionales de alta calidad.⁽²⁴⁾

Se utilizó una metodología variada para la entrevista motivacional. La falta de claridad y estandarización en el número de sesiones, la metodología y la periodicidad en la aplicación de la intervención impiden sustentar su uso en la atención primaria.⁽⁴⁰⁾ Se pueden aplicar intervenciones telefónicas de entrevista motivacional, pero hay pruebas limitadas de efectividad y los resultados son inconsistentes; por ende, se considera poco probable desarrollar una relación entre el paciente y el proveedor de esta manera, así como adaptarse con éxito a este modo de entrega.⁽²⁴⁾

Aunque la mayoría de los estudios mencionan algún tipo de actividad para controlar y supervisar la calidad de la entrevista, no brindan detalles del procedimiento que garantice su seguridad. Muchos estudios de control aleatorio no evalúan su confianza, lo cual demuestra una deficiencia metodológica que impide distinguir entre intervenciones de alta y baja calidad y, en consecuencia, saber si la entrevista ha provocado algún efecto.⁽⁴¹⁾ Enfoques de entrevista motivacional, adaptados culturalmente, pueden favorecer la aceptación de los pacientes e, incluso, aumentar la eficacia de la intervención para la adherencia terapéutica.⁽⁴²⁾

Cuando se revisa la definición de adherencia terapéutica desde la OMS, se hace referencia a la toma de medicamentos y el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida. La persona constituye un sujeto activo en la toma de decisiones y la ejecución de los comportamientos saludables,⁽⁴³⁾ o sea, todas las prácticas son importantes y ninguna supera a la otra. Las intervenciones terapéuticas no farmacológicas contribuyen al tratamiento de la hipertensión arterial, y disminuyen las complicaciones cardiovasculares.⁽⁴⁴⁾ El ejercicio físico a nivel ambulatorio disminuye la presión arterial⁽⁴⁵⁾ y reduce el consumo de medicamentos antihipertensivos.⁽⁴⁶⁾ Para lograr la adherencia al plan, se debe modificar el estilo de vida y adaptarse a las recomendaciones, según las características y los objetivos concertados.⁽⁴⁷⁾

Medir la adherencia terapéutica constituye una tarea compleja, ya que se reporta el uso de métodos directos (medidas biológicas) e indirectos (diarios de farmacia, recuento de medicamentos y autoinformes). Solo un estudio utilizó medidas biológicas (nivel de sodio y nicotina en orina),⁽²⁷⁾ pues, aunque se consideran un estándar de oro debido a su objetividad, su alto costo las hace poco accesibles.⁽⁴⁸⁾ Los recuentos de pastillas no garantizan la colaboración del paciente o, en el caso particular de los dispositivos MEMS, no aseguran que se tome la dosis correcta. *Ogedegbe* y otros⁽²⁸⁾ encontraron un porcentaje considerable de casos con datos incompletos o faltantes.

Los cuestionarios o autoinformes tienen un amplio uso en diferentes contextos, mas para que sean verdaderamente útiles deben contar con criterios de validez y confiabilidad.⁽⁴⁸⁾ El *test* de Morisky, en la versión de cuatro y ocho ítems, fue el más utilizado en los artículos seleccionados para esta revisión. Se ha validado en diversos países, pero la varianza total explicada difiere del contexto de la validación.^(48,49) La versión moderna del *test* de Morisky (MMAS-8) constituye la más aceptada porque posee siete *ítems* de respuesta dicotómica y uno con escala Likert; además, alcanza mayor sensibilidad y valor predictivo negativo, relacionado con el control de la presión arterial.⁽⁴⁹⁾

La mayoría de los estudios incluidos seleccionaron medidas objetivas o subjetivas para la evaluación de sus resultados. Solo uno vinculó las reclamaciones de farmacia (medida objetiva) y el MMAS-a (autoinforme) para determinar la adherencia terapéutica en una misma población, sin reportar variaciones entre las dos mediciones.⁽³²⁾ Sin embargo, una comparación entre el *test* de Morisky y la dispensación de fármacos determinó que el segundo de ellos arroja una medida más real y estricta, según el concepto de acatamiento, mientras que el *test* de Morisky sobreestima la adherencia y da por cumplidores a pacientes que no lo son.⁽⁵⁰⁾

Aunque la mayoría de los autores efectuaron la asignación a los grupos de forma aleatoria, posiblemente el proceso haya introducido un riesgo potencial de sesgo de selección. Los estudios han mostrado debilidades adicionales que limitan la calidad de la publicación, por ejemplo, el tamaño de la muestra, en ocasiones, resulta demasiado pequeño para detectar un cambio estadísticamente significativo.^(30,33)

Todos los artículos incluidos provienen de fuentes en idioma inglés y se publicaron desde 2007; por tanto, estos resultados quizás no representen publicaciones menos contemporáneas en otros idiomas o desarrolladas en otros contextos. La diversidad de la metodología implementada en la entrevista motivacional y la amplia variedad de métodos de medición dificultaron la detección de cambios significativos en la adherencia terapéutica, aunque la mayoría de los estudios utilizaron instrumentos validados.

No se describió la capacitación brindada a los profesionales que aplicaron la entrevista motivacional, lo que sugiere un sesgo en la calidad de la intervención. La distribución al azar, la oclusión de los participantes, el sesgo de autoinforme y la tasa de abandono en algunos estudios podrían comprometer la integridad de los datos.

Esta revisión incrementó el conocimiento sobre la efectividad de la entrevista motivacional en la adherencia terapéutica de personas con enfermedad cardiovascular, al ofrecer una valoración rigurosa de ensayos clínicos controlados que se centran exclusivamente en este tema. Aunque publicaciones previas habían evaluado el efecto de diferentes intervenciones para incrementar la adherencia al tratamiento farmacológico en patologías crónicas, muy pocas se habían enfocado en la enfermedad cardiovascular. Este estudio vinculó la adherencia farmacológica y la no farmacológica, a partir de la valoración de diferentes sistemas de medición. También incluyó estudios con medidas objetivas y subjetivas de la adherencia.

Con respecto a la metodología y el número de entrevistas motivacionales, los autores consideran que se deben adaptar los protocolos, según los contextos, para atender las particularidades culturales de los participantes. Los estudios incluidos no ofrecieron detalles sobre la capacitación para aplicar la entrevista, pero se debe impartir una formación precisa y elaborar un plan de seguimiento de la intervención que garantice su calidad, estandarización y éxito.

Las entrevistas motivacionales se ejecutaron por enfermeros y farmacéutas. Los primeros se reconocen por el liderazgo en servicios clínicos y ambulatorios, su rol de cuidador les ha permitido el desarrollo de competencias de escucha activa, asesoramiento, seguimiento y visión holística del sujeto. Por su parte, la responsabilidad de los farmacéuticos de dispensar medicamentos les permite asesorar y contribuir en la adherencia farmacológica. Los autoinformes

constituyen una herramienta costo efectiva para evaluar la adherencia terapéutica, aunque presentan un margen de riesgo en la valoración. En ese sentido, se recomienda seleccionar instrumentos con validez de constructo y adecuados niveles de confiabilidad. En el caso particular de la adherencia terapéutica cardiovascular, se debe escoger un instrumento que cumpla los estándares psicométricos y evalúe de manera integral la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico. En otro orden de cosas, dado el pequeño número de estudios incluidos en la presente revisión, resulta difícil distinguir si los efectos de la entrevista motivacional se regulan por variables socioculturales o demográficas como la edad, el nivel económico, el educativo, entre otros. Los estudios futuros pueden explorar el papel moderador de variables sociodemográficas.

Conclusiones

La entrevista motivacional tiene un efecto favorable sobre el incremento de la adherencia terapéutica en personas con enfermedad cardiovascular; sin embargo, la evidencia actual no permite identificar predictores consistentes de éxito. Igualmente, muestra resultados positivos, al modificar variables fisiológicas, como la presión arterial, y conductas relacionadas con la actividad física, la dieta saludable y la eliminación de hábitos tóxicos.

Se recomienda el uso de la entrevista motivacional como herramienta terapéutica para modificar las variables en la atención de pacientes con patología cardiovascular, mantener la adherencia al tratamiento a largo plazo, y, con ello, mejorar la calidad de vida y prevenir las complicaciones. Esto significa un reto en la formación y el entrenamiento de los profesionales de salud porque deben alcanzar habilidades para ejecutar las entrevistas en la atención y el cuidado de sus pacientes.

Con el fin de contar con evidencia adaptada al contexto latinoamericano, se necesitan estudios en estas poblaciones, con especial atención en el tratamiento no farmacológico. Se requieren más publicaciones para dilucidar el método, el número y la periodicidad apropiados de aplicación de la entrevista motivacional

para mejorar la adherencia terapéutica y controlar las variables metabólicas. Asimismo, las investigaciones deben vincular la evaluación de la fidelidad de la intervención y la retroalimentación entre diversas poblaciones con patología cardiovascular.

Referencias bibliográficas

1. Serra MA, Serra M, Viera M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Rev Finlay. 2018 [acceso 18/10/2021];8(2):140-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200008
2. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, Addolorato G, Ammirati E, Baddour LM, *et al*. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. J Am Coll Cardiol. 2020;76(25):2982-3021. DOI <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2020.11.010>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades No Transmisibles. Ginebra: OMS; 2017 [acceso 18/10/2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2014 [acceso 18/10/2021]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=DC4D033ED46C79DAC6F8B09D73F35CB1?sequence=1
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). HEARTS Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la atención primaria de salud. Guía de implementación. Washington, D.C.: OPS; 2019 [acceso 30/04/2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50887>
6. Martín LÁ, Grau JA, Espinosa AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. Rev Cub

Salud Pública. 2014 [acceso 18/10/2021];40(2):222-38. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000200007

7. Cohen SM. Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. Nurs Forum. 2009;44(1):29-36. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x>

8. Georgiopoulos G, Kollia Z, Katsi V, Oikonomou D, Tsioufis C, Tousoulis D. Nurse's Contribution to alleviate non-adherence to hypertension treatment. Curr Hypertens Rep. 2018;20(65). DOI: <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0862-2>

9. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Treatment adherence and persistence: Causes, consequences and improvement strategies. Aten Primaria. 2009;41(6):342-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.031>

10. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Washington, D.C.: OPS; 2004 [acceso 05/05/2019]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>

11. Perreault S, Dragomir A, Blais L, Bérard A, Lalonde L, White M, *et al.* Impact of better adherence to statin agents in the primary prevention of coronary artery disease. Eur J Clin Pharmacol. 2009;65(10):1013-24. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00228-009-0673-0>

12. Benner JS, Glynn RJ, Mogun H, Neumann PJ, Weinstein MC, Avorn J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. J Am Med Assoc. 2002;288(4):455-61. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.288.4.455>

13. Adewuya OA, Ajayi EA, Adetiloye AO, Atiba AS, Dada SA, Areo OO. Serum uric acid predicts antihypertensive medication adherence in Nigeria: A hospital based study. West Afr J Med. 2020 [acceso 08/07/2020];37(3):225-30. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32476115/>

14. Spikes T, Higgins M, Lewis T, Dunbar SB. The associations among illness perceptions, resilient coping, and medication adherence in young adult hypertensive black women. J Clin Hypertens. 2019;21(11):1695-704. DOI: <https://doi.org/10.1111/jch.13712>

15. Essayagh T, Essayagh M, Rhaffouli A El, Khouchoua M, Kazadi GB, Khattabi A,

et al. Prevalence of uncontrolled blood pressure in Meknes, Morocco, and its associated risk factors in 2017. PLoS ONE. 2019;14(8):e0220710 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220710>

16. Mekonen HH, Birhanu MM, Mossie TB, Gebreslassie HT. Factors associated with stroke among adult patients with hypertension in Ayder Comprehensive Specialized Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018: A case-control study. PLoS ONE. 2020;15(2):e0228650. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228650>

17. Ho PM, Magid DJ, Masoudi FA, McClure DL, Rumsfeld JS. Adherence to cardioprotective medications and mortality among patients with diabetes and ischemic heart disease. BMC Cardiovasc Disord. 2006;6:48. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-2261-6-48>

18. Alvarez M, Martínez N, Ucha M, Martín A, Vázquez C, Piñeiro G. Medication non-adherence as a cause of hospital admissions. Farm Hosp. 2014;38(4):328-33. DOI: <https://doi.org/10.7399/fh.2014.38.4.7660>

19. Miró Ó, Estruch R, Martín-Sánchez F, Gil V, Jacob J, Herrero-Puente P, *et al.* Adherence to mediterranean diet and all-cause mortality after an episode of acute heart failure: results of the MEDIT-AHF Study. JACC Heart Fail. 2018;6(1):52-62. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2017.09.020>

20. Kini V, Ho PM. Interventions to Improve Medication Adherence. JAMA. 2018;320(23):2461-73. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271>

21. Kazemi DM, Levine MJ, Dmochowski J, Nies MA, Sun L. Effects of motivational interviewing intervention on blackouts among college freshmen. J Nurs Scholarsh. 2013;45(3):221-9. DOI: <https://doi.org/10.1111/jnu.12022>

22. Lusilla-Palacios P, Masferrer E. La entrevista motivacional en dermatología. Actas Dermosifiliogr. 2016;107(8):627-30. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ad.2016.03.001>

23. Boulmpou A, Kartas A, Farmakis I, Zafeiropoulos S, Nevrás V, Papadimitriou I, *et al.* Motivational interviewing to support LDL-C therapeutic goals and lipid-lowering therapy compliance in patients with acute coronarys (IDEAL-LDL) Study: rationale and design. Hellenic J Cardiol. 2019;60(4):249-53. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.hjc.2018.10.002>

24. Frost H, Campbell P, Maxwell M, O'Carroll RE, Dombrowski SU, Williams B, *et al.* Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. PLoS One. 2018;13(10):0204890. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204890>
25. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, *et al.* The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. BMJ. 2009;339:b2700. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
26. Higgins JPT, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, *et al.* The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 2011;343:d5928. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
27. Hyman DJ, Pavlik VN, Taylor WC, Goodrick GK, Moyer L. Simultaneous vs sequential counseling for multiple behavior change. Arch Intern Med. 2007;167(11):1152-8. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.167.11.1152>
28. Ogedegbe G, Chaplin W, Schoenthaler A, Statman D, Berger D, Richardson T, *et al.* A practice-based trial of motivational interviewing and adherence in hypertensive African Americans. Am J Hypertens. 2008;21(10):1137-43. DOI: <https://doi.org/10.1038/ajh.2008.240>
29. Lawrence DB, Allison W, Chen JC, Demand M. Improving medication adherence with a targeted, technology-driven disease management intervention. Dis Manag. 2008;11(3):141-4. DOI: <https://doi.org/10.1089/dis.2007.0013>
30. Mirniam AA, Habibi Z, Khosravi A, Sadeghi M, Eghbali-Babadi M. A clinical trial on the effect of a multifaceted intervention on blood pressure control and medication adherence in patients with uncontrolled hypertension. ARYA Atheroscler. 2019;15(6):267-74. DOI: <https://doi.org/10.22122/arya.v15i6.1904>
31. Abughosh SM, Vadhariya A, Johnson ML, James E, Esse TW, Serna O, *et al.* Enhancing statin adherence using a motivational interviewing intervention and past adherence trajectories in patients with suboptimal adherence. J Manag Care Spec Pharm. 2019;25(10):1053-62. DOI: <https://doi.org/10.18553/jmcp.2019.25.10.1053>
32. Östbring MJ, Eriksson T, Petersson G, Hellström L. Medication beliefs and self-reported adherence- results of a pharmacist's consultation: A pilot study. Eur J

Hosp Pharm. 2014;21(2):102-7. DOI: <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2013-000402>

33. Stewart K, George J, Mc Namara KP, Jackson SL, Peterson GM, Bereznicki LR, *et al.* A multifaceted pharmacist intervention to improve antihypertensive adherence: a cluster-randomized, controlled trial (HAPPY trial). J Clin Pharm Ther. 2014;39(5):527-34. DOI: <https://doi.org/10.1111/jcpt.12185>

34. Palacio AM, Uribe C, Hazel-Fernandez L, Li H, Tamariz LJ, Garay SD, *et al.* Can phone-based motivational interviewing improve medication adherence to antiplatelet medications after a coronary stent among racial minorities? A randomized trial. J Gen Intern Med. 2015;30(4):469-75. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3139-8>

35. McQuaid EL, Landier W. Cultural issues in medication adherence: disparities and directions. J Gen Intern Med. 2018;33(2):200-6. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11606-017-4199-3>

36. Uchmanowicz B, Jankowska EA, Uchmanowicz I, Morisky DE. Self-reported medication adherence measured with Morisky Medication Adherence Scales and its determinants in hypertensive patients aged ≥ 60 years: a systematic review and meta-analysis. Front Pharmacol. 2019;10:168. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphar.2019.00168>

37. Rodriguez F, Maron DJ, Knowles JW, Virani SS, Lin S, Heidenreich PA. Association of statin adherence with mortality in patients with atherosclerotic cardiovascular disease. JAMA Cardiol. 2019;4(3):206-13. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.4936>

38. Padilla A. Treatment compliance to statins and health results during a year of follow-up after acute myocardial infarction with ST-segment elevation. Rev Clin Esp. 2020;221(6):331-40. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.04.019>

39. Al-Ganmi AH, Perry L, Gholizadeh L, Alotaibi AM. Cardiovascular medication adherence among patients with cardiac disease: a systematic review. J Adv Nurs. 2016;72(12):3001-14. DOI: <https://doi.org/10.1111/jan.13062>

40. Gálvez P, Gómez N, Nicoletti D, Cerda R. ¿Es efectiva la entrevista motivacional individual en la malnutrición por exceso? Una revisión sistemática de la literatura. Aten Primaria. 2019;51(9):548-61. DOI:

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.04.006>

41. Jelsma JGM, Mertens VC, Forsberg L, Forsberg L. How to measure motivational interviewing fidelity in randomized controlled trials: practical recommendations. *Contemp Clin Trials*. 2015;43:93-9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cct.2015.05.001>

42. Singh P, Campbell T, Leblanc P, King-Shier KM. Development of a culturally tailored motivational interviewing-based intervention to improve medication adherence in south asian patients. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:757-65. DOI: <https://doi.org/10.2147/ppa.s234997>

43. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. *Ars Pharm*. 2018;59(4):251-8. DOI: <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v59i4.7357>

44. Ramón J. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Rev Méd Clín Las Condes*. 2018;29(1):61-8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.01.001>

45. Chávez E, Fernández A, Rodríguez Á, Gómez MG, Sánchez B. Intervención desde la actividad física en mujeres hipertensas de la tercera edad. *Rev Cub Investig Bioméd*. 2017 [acceso 26/03/2022];36(1). Disponible en: <https://revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/38>

46. Saco-Ledo G, Valenzuela PL, Ruiz-Hurtado G, Ruilope LM, Lucia A. Exercise reduces ambulatory blood pressure in patients with hypertension: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Hear Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis*. 2020;9(24). DOI: <https://doi.org/10.1161/jaha.120.018487>

47. Pascual V, Perez P, Fernández JM, Solá R, Pallarés V, Romero A, *et al*. Documento de consenso SEA/SEMERGEN 2019. Recomendaciones dietéticas en la prevención cardiovascular. *Clín Inv Arteriosc*. 2019;31(4):186-201. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arteri.2019.02.004>

48. Pérez-Escamilla B, Franco-Trigo L, Moullin JC, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP. Identification of validated questionnaires to measure adherence to pharmacological antihypertensive treatments. *Patient Prefer Adherence*. 2015;9:569-78. DOI: <https://doi.org/10.2147/ppa.s76139>

49. Pareja-Martínez E, Esquivel-Prados E, Martínez-Martínez F, García-Corpas JP. Questionnaires on adherence to antihypertensive treatment: a systematic review of published questionnaires and their psychometric properties. *Int J Clin Pharm.* 2020;42(2):355-65. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11096-020-00981-x>

50. Vilela Á, Amat G. Análisis de la adherencia en personas con cardiopatía isquémica, Morisky-Green versus dispensación farmacológica. *Enferm Cardiol.* 2020 [acceso 08/08/2021];(79):42-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7572888>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.