

Creencias de pacientes con riesgo cardiovascular sobre la efectividad de las medidas higiénico-dietéticas y los tratamientos farmacológicos

Sr. director:

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) constituyen una de las primeras causas de muerte a nivel mundial¹. Consensos de expertos y guías de práctica clínica sobre recomendaciones cardiovasculares establecen criterios de tratamiento farmacológico, marcando objetivos de control². De esta manera los medicamentos utilizados para la prevención de ECV se han convertido en una herramienta asistencial básica. En este sentido, estudios como EUROASPIRE^{3,4} evidencian que la implementación exclusiva de farmacoterapia no es suficiente y que debería combinarse con modificaciones del estilo de vida. Por tanto, se requiere una intervención multifactorial, tal como indican las estrategias de prevención y tratamiento de ECV^{2,5}. No obstante, hay que precisar que las modificaciones de los estilos de vida están sujetas a condicionantes socioculturales y socioeconómicos que la actuación sanitaria debe atender. Otros aspectos importantes que influyen en los resultados de salud son la influencia de las creencias del paciente acerca de su tratamiento, la visión personal sobre lo que ha causado su enfermedad, los síntomas que cree que se asocian a su trastorno y el control que percibe para su manejo^{6,7}.

Al respecto, se encuentra que son escasos los estudios que pretendan identificar las creencias de los pacientes sobre la efectividad de las distintas prácticas terapéuticas y/o preventivas (adaptación de estilo de vida y medicación). Para responder a este objetivo, se diseñó un estudio transversal descriptivo cualitativo, donde se realizaron entrevistas en profundidad semiestructuradas (técnicas de investigación cualitativa)⁸ para valorar la efectividad que los pacientes atribuyen al hecho de acatar hábitos de vida saludables y/o seguir tratamientos farmacológicos. Se entrevistaron a siete pacientes voluntarios entre septiembre y diciembre de 2018. Dichos pacientes firmaron un consentimiento informado para participar en este estudio, y los datos de carácter personal fueron manejados de forma anónima y confidencial.

Como resultados de este estudio, cabe destacar que los pacientes entrevistados no solían entender el carácter multifactorial del riesgo cardiovascular (RCV) como la probabilidad de presentar una ECV grave a largo plazo. Mientras que desde el punto de vista biomédico se entiende que múltiples factores aumentan la posibilidad de que suceda algún evento cardiovascular en los siguientes 10 años, los pacientes hacen una interpretación personal a corto plazo según los síntomas que perciben. No necesariamente pueden identificar en su cuerpo las alteraciones derivadas de la hipertensión, la hipercolesterolemia o la diabetes, solo asimilan el riesgo

cuando comprenden que su organismo se afecta progresivamente sin llegar a sentirlo. Por esto, son sus emociones lo que conectan con la noción del riesgo. Todos percibieron el RCV como una enfermedad peligrosa, y casi todos mostraron sentirse asustados frente a esta condición. Un ensayo clínico de intervención educativa sobre RCV realizado en personas diabéticas tipo 2 mostró que cuanto más información tenían los sujetos, más se reducían sus factores de riesgo⁹. Este hecho se refleja también en este estudio. Por todo ello, la propuesta clínica debería partir de la comprensión del paciente sobre su condición de salud, y entonces ofrecerle educación adecuada que le empodere y refuerce su capacidad de gestión del RCV. Según la Guía ACC/AHA 2019 sobre prevención primaria de la enfermedad cardiovascular, una de las tareas prioritarias de los profesionales sanitarios es la promoción de comportamientos saludables². Sin embargo, es sobradamente conocido que la modificación de las conductas no es tarea fácil^{10,11}. Durante la realización del presente trabajo, un entrevistado manifestó que tuvo que acudir a consulta con psiquiatría para poder aceptar y modificar sus conductas: «Estuve con el psiquiatra porque me costó muchísimo aceptar que esto me pasaba». Otro entrevistado decía: «Tomar unos vinos me da la vida». Vemos, pues, que modificar estos hábitos no es sencillo porque son hábitos muy significativos para las personas, lo que demuestra la complejidad que puede implicar su abordaje. La clave resulta en considerar que en esas conductas y resistencias al cambio están involucrados aspectos culturales, sociales y emocionales^{12,13}. Lo que deberíamos preguntarnos es si los métodos usados en la práctica clínica atienden o no a esa naturaleza pluridimensional de las actitudes y conductas. Otras autoras¹⁴ consideran que las dificultades presentadas para modificar el estilo de vida pueden estar relacionadas con los diferentes componentes del modelo de creencias de salud, puesto que, si los pacientes no se perciben susceptibles ante las complicaciones de la enfermedad, es difícil que modifiquen su comportamiento.

La hipótesis principal de nuestro estudio era que la «efectividad atribuida a la medicación» puede estar condicionando la gestión de la enfermedad por parte de los pacientes y contribuir a disminuir hábitos saludables. Los pacientes del presente estudio consideran que la combinación de las medidas higiénico-dietéticas junto con la medicación es lo que lleva al éxito del tratamiento. Destaca la creencia en la efectividad y complementariedad de ambas medidas, y la satisfacción con los resultados que consiguen con ello. Estos resultados son discordantes tanto con la hipótesis planteada como con los estudios previos de Pérez Rosabal¹³ y López-Amador¹¹, que concluían que los pacientes concedían mayor importancia —sino toda— a la toma de medicamentos respecto a otras medidas



terapéuticas. Estas diferencias observadas pueden deberse a que se trataba de personas que confiaban en los profesionales sanitarios, por lo que puede haber una transferencia desde el sistema experto. De igual forma, puede deberse al factor complaciente con la entrevistadora.

Es necesario tener en cuenta las creencias y experiencias de los pacientes respecto a sus condiciones de salud y sus tratamientos, para poder responder adecuadamente a sus dificultades, necesidades y garantizar el mejor resultado de sus tratamientos.

BIBLIOGRAFÍA

- World Health Organization. The top 10 causes of death [Internet]. WHO [actualizado el 9 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.
- Arnett D, Blumenthal R, Albert M, Buroker A, Goldberger Z, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease. *Circulation*. 2019;140:596-646.
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D, Pyörälä K, Reiner Z, et al. EUROASPIRE III. Management of cardiovascular risk factors in asymptomatic high-risk patients in general practice: cross-sectional survey in 12 European countries. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*. 2010;17:530-40.
- Kotseva K, Wood D, De Bacquer D, De Backer G, Ryden L, Jennings C, 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*. 2016;23:636-48.
- Bóveda-Fontán J. Eficacia de la entrevista motivacional en pacientes con dislipemia atendidos en consultas de Atención Primaria de Salud. Estudio DislipEM. [Internet.] Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela; 2016 [consultado el 30 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/13861>
- Pibernat-Mir L. (Des)control diabético: Controversias en las prácticas terapéuticas de la DM2. Trabajo final de máster, Máster en Antropología Médica y Salud Internacional. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2012.
- Beléndez-Vázquez M, Hernández-Mijares A, Horne R, Weinman J. Evaluación de las creencias sobre el tratamiento: validez y fiabilidad de la versión española del Beliefs about Medicines Questionnaire. *Int J Clin Health Psychol*. 2007;7:767-79.
- Green J, Thorogood N. In-depth Interviews. Chapter 5. En: Green J, Thorogood N. *Qualitative Methods for Health Research*. 4th edition. London: SAGE Publishing; 2018.
- Ortega A, Montilla M, Delgado A, García C, Chamorro C, Romero F, et al. Efectividad del decálogo de prevención cardiovascular en diabéticos. *Semergen*. 2019;45(2):77-85.
- Quillas RK, Vásquez C, Cuba MS. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Med Perú*. 2017;34(2):125-31.
- López-Amador KH, Ocampo-Barrio P. Creencias sobre su enfermedad, hábitos de alimentación, actividad física y tratamiento en un grupo de diabéticos mexicanos. *Archivos en Medicina Familiar*. 2007;9:80-6.
- Martín A. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública. Escuela Nacional de Salud Pública; 2009. [consultado el 5 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.revsalud.sld.cu>
- Pérez E, Soler Y, Morales L. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. MEDISAN [Internet]. 2016. [consultado el 5 de abril de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100002
- Jiménez ML, Orkaizaguirre A, Bimbela MT. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. *Index Enferm*. 2015;24(4):217-21.

M.^a Cristina Gómez Baraza^a, Laia Pibernat-Mir^b y Martha Milena Silva-Castro^b

^aFarmacia Atención Primaria Sector I, Zaragoza (España).

^bGrupo de Investigación Farmacoterapia Social. Facultad de Ciencias de la Salud. Docentes del Máster en Atención Farmacéutica y Farmacoterapia. Universidad San Jorge, Zaragoza (España).

Correo electrónico

mcgomezba@salud.aragon.es