

¿Cómo perciben nuestros pacientes las medicaciones que indicamos? Un estudio de medición directa de percepción del uso de estatinas en pacientes que concurren a un centro de atención ambulatoria de cardiología

How do our patients perceive the medications we indicate? A direct measurement study of perception of statin use in patients attending an outpatient cardiology care center

Dra. María Florencia Pérez¹, Dr. Martín Schitter¹, Dr. Pablo Cutine¹, Dr. Martín Maidana¹, Dr. Rodrigo Sparza Iraola¹, Dr. Lucas Müller¹, Dr. Gustavo Giunta¹, Dr. Alejandro Hershson¹

¹Servicio de Cardiología, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Universidad Favaloro, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

Introducción: La terapia cardiovascular en el contexto de la prevención primaria y secundaria, reduce la tasa de eventos graves. Sin embargo, la falta de adhesión al tratamiento compromete su eficacia.

Objetivos: Evaluar la percepción del paciente sobre el uso de medicación cardiovascular y detectar posibles causas de baja adhesión.

Métodos: Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, realizado entre enero y marzo de 2022. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años que acudieron a la consulta de cardiología. La encuesta consistió en un autoinforme de datos antropométricos y clínicos. Se utilizaron las escalas validadas *The Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ) para evaluar el conocimiento del paciente sobre el uso de medicamentos en general y, específicamente, sobre el tratamiento con estatinas y aspirina.

Resultados: Se incluyeron 268 pacientes (edad promedio 64.1 ± 14.1 años, 47.8% mujeres). En el BMQ general, el 23.5% consideró que los médicos utilizan demasiados medicamentos, el 42.9% coincidió en que los médicos confían demasiado en los medicamentos, y el 28% afirmó que si los médicos tuvieran más tiempo en la consulta prescribirían menos medicamentos. En cuanto a la percepción de un eventual daño, el 13.1% afirmó que la mayoría de los medicamentos son adictivos y el 8.6% que los remedios naturales son más seguros. En el BMQ específico del uso de estatinas, el 31.3% de los pacientes refieren que su salud depende de ellas y el 51.5% que evitan que su enfermedad empeore, aunque el 32.1% se muestra preocupado por tener que tomarlas o por sus efectos a largo plazo. En prevención primaria, el 41.7% y el 17.5% consideraron que la aspirina y las estatinas serían beneficiosas, respectivamente ($p < 0.0001$). El 35.8% y 17.5% consideraron que los beneficios de la aspirina y las estatinas superan los riesgos, respectivamente ($p < 0.0001$).

Conclusión: Las percepciones negativas respecto a la medicación cardiovascular fueron frecuentes en esta población. Los pacientes percibían mayores beneficios con el uso de aspirina que con las estatinas. Nuestros resultados destacan la necesidad de optimizar la educación en prevención cardiovascular.

PALABRAS CLAVE: adhesión, prevención cardiovascular, estatinas, percepción, aspirina.

Abstract

Introduction: Cardiovascular therapy in the context of primary and secondary prevention reduces the rate of major events. However, the lack of adherence to treatment compromises its efficacy.

Objective: Evaluate the patient's perception of the use of cardiovascular medication and detect possible causes of low adherence.

Methods: Observational, descriptive, prospective study, conducted between January and March 2022. Patients older than 18 years who attended the cardiology clinic were included. The survey consisted of a self-report of anthropometric and clinical data. The validated scales *The Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ) were used to assess the patient's knowledge about medication use in general and specifically about statin and aspirin treatment.

Results: In total, 268 patients were included (mean age 64.1 ± 14.1 years, 47.8% women). In the general BMQ questionnaire, 23.5% considered that doctors use too many medicines, 42.9% agreed that doctors trust medicines too much, 28% stated that if doctors had more time in the consultation they would prescribe fewer medications. Regarding the perception of eventual harm, 13.1% stated that most medications are addictive and 8.6% that natural remedies are safer. In the specific BMQ on the use of statins, 31.3% of the patients reported that their health depends on them and 51.5% that they prevent their disease from getting worse, although 32.1% are concerned about having to take them or for its long-term effects. In primary prevention, 41.7% and 17.5% considered that aspirin and statins would be beneficial, respectively ($p < 0.0001$). In addition, 35.8% and 17.5% considered that the benefits of aspirin and statins outweigh the risks, respectively ($p < 0.0001$).

Conclusion: Negative perceptions regarding cardiovascular medication were frequent in this population. Patients perceived greater benefits with the use of aspirin than with statins. Our results highlight the need to optimize education in cardiovascular prevention.

KEYWORDS: adherence, cardiovascular prevention, statins, perception, aspirin.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVA) sigue siendo la principal causa de muerte a nivel mundial, a pesar de los avances en prevención que se han dado en los últimos años.¹ La seguridad y eficacia de los medicamentos hipolipemiantes, en particular las estatinas, ha llevado a que estos fármacos estén entre las recomendaciones más relevantes de las guías de prevención.^{2,3} Sin embargo, el resultado de estos estudios no se traslada a la utilización cotidiana de estos medicamentos en nuestro medio.⁴ Este hecho cobra un gran sentido ya que la falta de adhesión a los hipolipemiantes está directamente vinculada a la mortalidad cardiovascular.⁵ Entre las diferentes variables que determinan la adhesión, está la percepción de los pacientes.⁶ La opinión actual de los sujetos sometidos a medicación cardiovascular es poco conocida en nuestro medio, y este es un tema con gran influencia sobre el cumplimiento del tratamiento.

El objetivo del presente estudio fue evaluar la percepción de los pacientes sobre la medicación cardiovascular. Además, se planteó conocer la opinión sobre el uso de estatinas y aspirina como fármacos en prevención cardiovascular.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio se realizó con un diseño observacional y transversal, en el ámbito de consultorios externos del Hospital Universitario Fundación Favaloro, en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron todos los individuos de ambos sexos con una edad mayor de 18 años que acudieron a una consulta de cardiología clínica entre enero y marzo de 2022. Este trabajo fue aprobado por el comité de ética institucional.

Los parámetros clínicos y antropométricos fueron recolectados mediante una encuesta anónima que consistió en 14 preguntas de autoconocimiento. Se interrogó sobre antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia o diabetes, y uso de

medicaciones específicas para estos cuadros clínicos. Se definió tabaquismo en los pacientes que hubieran fumado al menos un cigarrillo en los últimos 6 meses y más de 100 cigarrillos a lo largo de su vida. La presencia de accidente cerebrovascular (ACV), infarto de miocardio (IAM), cirugía de *bypass* o angioplastia previamente documentados fueron valorados como antecedentes de enfermedad cardiovascular.

Se utilizó la escala validada *The Beliefs About Medicines Questionnaire* (BMQ-general), que consta de 8 preguntas dirigidas a interrogar acerca de las creencias de los fármacos en general, para evaluar la percepción de los pacientes sobre el uso de su medicación. Para interiorizarnos específicamente sobre el tratamiento con aspirina y estatinas, se utilizó la sección BMQ-específico. Esta incluye preguntas destinadas a evaluar las creencias sobre la necesidad de la medicación prescrita, las preocupaciones sobre los efectos perjudiciales, el peligro de la dependencia y la toxicidad a largo plazo.⁷

Diseñamos una sección de 5 preguntas para interrogar acerca del uso de aspirina y estatinas en el contexto de prevención primaria, indagando sobre la opinión de los pacientes en la utilización de estos agentes en una persona sana sin antecedentes de IAM ni ACV.

Análisis estadístico

Las variables cuantitativas se describen como media \pm desviación estándar. Las variables categóricas se describen como número total y porcentaje, y se compararon con la prueba de chi al cuadrado o la prueba exacta de Fisher. Se consideró un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Un total de 268 pacientes participaron del estudio. La edad promedio fue de 64.1 ± 14.1 años, y el 47.8%

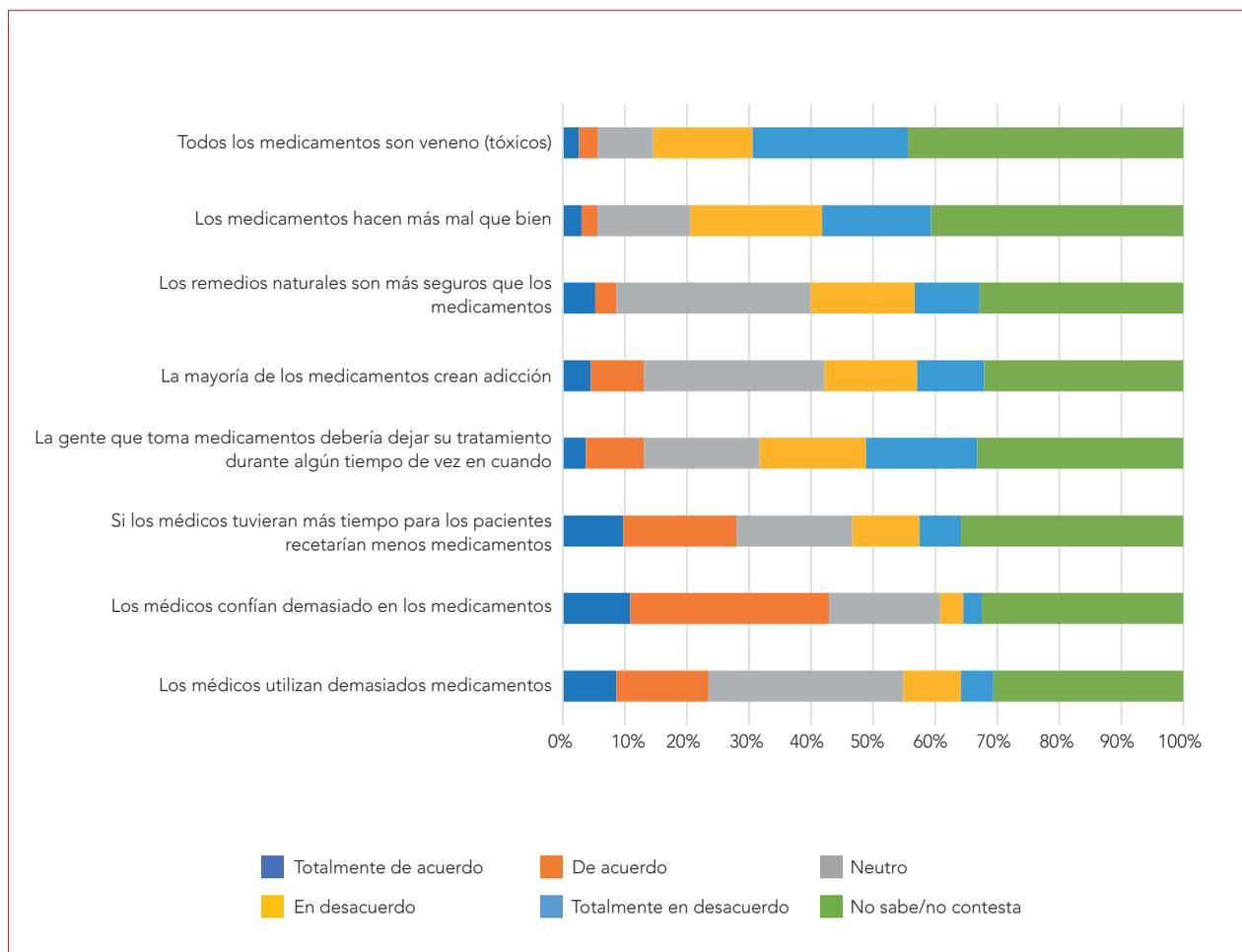


Figura 1. Percepción de los pacientes sobre el uso de medicación cardiovascular (BMQ-general).

eran de sexo femenino. El factor de riesgo que se presentó con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial (56.3%), seguido por la dislipidemia (28%), la diabetes (20.1%) y el tabaquismo (14.2%). Al momento de la encuesta, el 50.7% de los pacientes reconocieron ser ex tabaquistas. En concordancia con estos datos, el 50% de esta población recibía un tratamiento hipolipemiante, y el 20.9% un fármaco para controlar la glucemia. Con respecto a los antecedentes de enfermedad cardiovascular, el 15.7% había tenido un IAM, el 7.5% un ACV, el 11.6% había sido revascularizado por *bypass* coronario y el 17.9% por angioplastia. En todas las categorías autoevaluadas el porcentaje de “no sabe” o “no contesta” (ns/nc) fue bajo (< 3%).

Se interrogó acerca del uso de medicación cardiovascular mediante el BMQ-general (Figura 1). Con respecto a la percepción de los pacientes de un eventual daño, el 23.5% consideró que los médicos

utilizan demasiados medicamentos, el 42.9% que los médicos confían demasiado en los medicamentos y el 28% que si los médicos tuvieran más tiempo en la consulta prescribirían menos fármacos. Por otro lado, el 13.1% consideró que la gente debería dejar su medicación periódicamente, el 13.1% afirmó que la mayoría de los fármacos son adictivos y el 8.6% que los remedios naturales son más seguros. Finalmente, el 5.6% consideró que el perjuicio de la medicación supera el beneficio, y 5.6% consideró que las medicaciones son tóxicas.

A su vez, se implementó un BMQ específico sobre el uso de estatinas (Figura 2), en el cual se puso de manifiesto que el 31.3% de los pacientes consideran que su salud depende de ellas, el 17.2% piensa que su vida sería imposible sin estatinas, el 19.4% que estarían muy enfermos sin estos fármacos, el 18.6% que el futuro de su salud depende de las estatinas y el 51.5% que estas evitan que su enfermedad

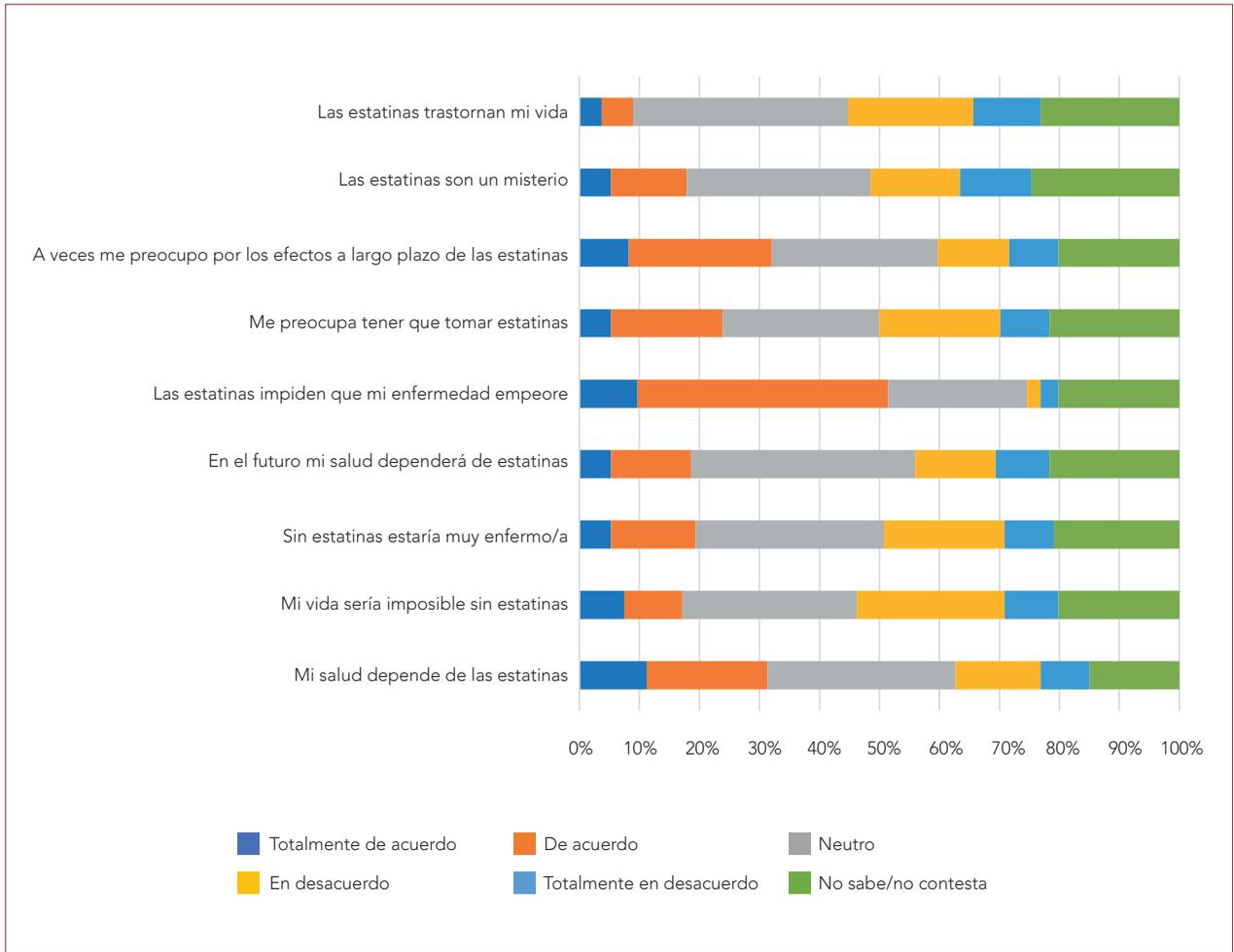


Figura 2. Percepción de los pacientes sobre el uso de estatinas (BMQ-específico).

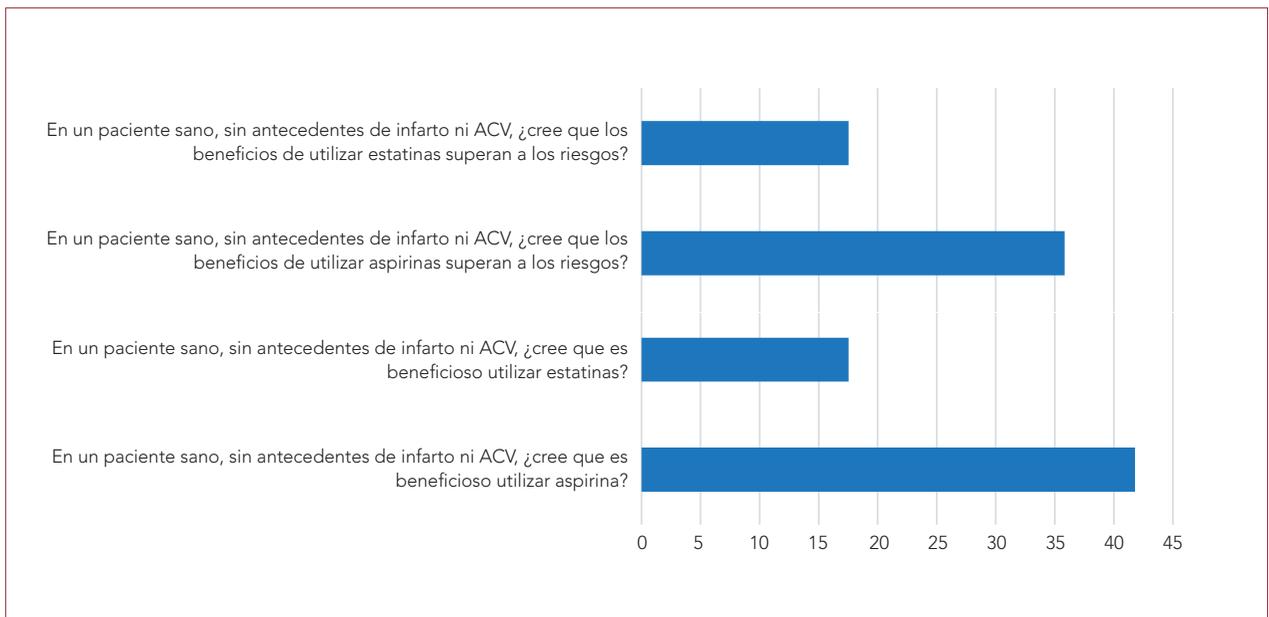


Figura 3. Percepción de los beneficios de aspirina y estatinas.

*p < 0.0001

ACV, accidente cerebrovascular.

empeore. Por otro lado, el 32.1% de los pacientes están preocupados por tomar estas medicaciones por un tiempo prolongado. Un grupo minoritario consideró que estos agentes son un misterio (17.9%) o que las estatinas trastornan sus vidas (8.9%).

Se interrogó acerca del uso de aspirina y estatinas en prevención primaria (Figura 3). El 41.7% de los individuos señaló que la aspirina sería beneficiosa en este contexto, mientras que solo el 17.5% observó lo mismo con respecto a las estatinas ($p < 0.0001$). En cuanto a la valoración del riesgo-beneficio, el 35.8% de los encuestados respondió que los beneficios de la aspirina superan los riesgos, mientras que solo el 17.5% contempló la misma relación con las estatinas ($p < 0.0001$).

DISCUSIÓN

A pesar de la reducción en la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) demostrada por la implementación de la terapia cardiovascular, gran parte de los pacientes de nuestro medio no se encuentran recibiendo un tratamiento farmacológico adecuado, lo cual impacta en su pronóstico.^{8,9} En algunas series, aun en pacientes en prevención secundaria, el uso de estatinas fue muy bajo (18%).⁹ A nivel mundial, aproximadamente un 50% de los pacientes que han presentado ECV (ACV o IAM) no reciben ninguna medicación como prevención secundaria.¹⁰ El beneficio cardiovascular derivado de estos fármacos está ligado de manera ineludible a la adhesión terapéutica.¹¹ Tal es así que recientemente se ha demostrado una reducción de los ECV con una medida que aborda de manera exclusiva a la adhesión de los pacientes: la polipíldora. En el estudio SECURE se observó una reducción en el criterio de valoración primario combinado de ECV, que incluye mortalidad de origen cardiovascular. Es importante destacar que el beneficio atribuido está ligado a la simplificación del esquema terapéutico, facilitando la toma de la medicación por parte de los pacientes.¹²

Según la Organización Mundial de la Salud, la adhesión terapéutica se define como “el grado en el que la conducta de una persona, 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”.¹³ El problema de la adhesión es complejo, e intervienen múltiples factores. Desde los asociados con la terapia, como el tratamiento de condiciones asintomáticas, la distancia temporal con el evento que motiva el tratamiento,¹⁴ la periodicidad de los controles, los eventos adversos, la polifarmacia y la complejidad del tratamiento. También elementos relacionados con el paciente y con su entorno, como factores socioeconómicos, acceso a la salud, factores culturales, edad, estado de salud; así como el sistema de salud y la relación médico-paciente, entre otros.¹⁵ Muchos de estos factores confluyen en las perspectivas y los conceptos del paciente respecto a su tratamiento, lo que denominamos percepción.

En un relevamiento realizado recientemente por la *World Heart Federation*, se evaluó la percepción de pacientes y médicos respecto al tratamiento con estatinas. Debe remarcarse que no hubo medición directa de la percepción de los pacientes, sino que se interrogó a los médicos participantes sobre este parámetro. Los resultados fueron desalentadores en los países de bajos recursos. Resulta llamativo que el 60% de los profesionales reportaron “incomodidad” al prescribir estatinas de alta intensidad, y hasta el 25% se sentía de la misma forma respecto de “bajar los niveles de colesterol asociado con lipoproteínas de baja densidad (LDLc) demasiado”. A su vez, informaron que el 70% de sus pacientes consideraban inseguros los medicamentos para el descenso del colesterol.⁶

Nuestro trabajo buscó evaluar los problemas de adhesión desde la perspectiva del paciente, es decir, su percepción respecto al tratamiento. Por tal motivo, la herramienta de recopilación de datos fue una encuesta de autoconocimiento. Llamativamente, en nuestro estudio notamos una alta frecuencia de percepción negativa ante las preguntas: ¿los médicos confían demasiado en los medicamentos?, ¿si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes, recetarían menos medicamentos?, ¿la mayoría de los medicamentos crean adicción?, ¿todos los medicamentos son venenos? Dichos resultados sugieren que la percepción negativa acerca del uso de fármacos cardiovasculares en nuestros pacientes puede ser una posible causa de la baja adhesión terapéutica.

En cuanto al tratamiento en prevención primaria y secundaria, las estatinas han demostrado gran impacto en la reducción del riesgo cardiovascular y seguridad en el uso a largo plazo, y son fuertemente recomendadas en diferentes documentos de consenso.^{2,3} A pesar de ello, existe una brecha entre este beneficio y la opinión o el prejuicio que presentan los pacientes. Por otro lado, en los últimos años el uso de aspirina en prevención primaria ha sido cuestionado, producto de su falta de beneficio en grandes ensayos clínicos.¹⁶⁻¹⁸ La percepción de los pacientes en nuestro estudio resultó ser opuesta a la evolución de la evidencia en los últimos años, donde fue más habitual una percepción perjudicial de las estatinas y beneficiosa de la aspirina. Estos resultados coinciden con referencias a nivel mundial. Diferentes reportes de distintas partes del mundo demostraron que, independientemente de la presencia de enfermedad cardiovascular, existe un alto consumo de aspirina por parte de los pacientes. Incluso en algunas ocasiones, deciden consumirla sin una previa prescripción médica.^{19,20} En coincidencia, en el estudio PURE,¹⁰ el 33% de los pacientes en prevención secundaria estaba bajo tratamiento con antiagregantes, mientras que solo el 17.7% lo estaba con estatinas. Debemos encontrar factores que justifiquen la negativa de los pacientes hacia las estatinas y la fácil adhesión al tratamiento con aspirina. Seguramente, la mayor accesibilidad a la aspirina, su bajo costo, su antigüedad en el mercado y el efecto de campañas publicitarias, entre otros factores, pueden ser parte de la explicación del fenómeno.

Es nuestro deber encontrar estrategias de intervención para evaluar la adhesión terapéutica y, de este modo, disminuir el riesgo cardiovascular. En la actualidad, la información es escasa acerca de cómo las diferentes herramientas de valoración de adhesión impactan en la evolución clínica y el pronóstico de nuestros pacientes.²¹ Sin embargo, existe evidencia suficiente para demostrar que la adecuada adhesión terapéutica disminuye significativamente los ECV.²²⁻²⁵ Posiblemente, estrategias orientadas a mejorar la percepción de los pacientes constituyan una oportunidad para mejorar la adhesión, instaurando políticas de información y docencia que ayuden a reforzar conceptos actuales en prevención cardiovascular.

Entre las limitaciones de nuestro estudio debemos destacar que este se ve sesgado a una población que acude a una consulta cardiológica en un centro de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por lo que no representa a la población de todo el país. Es posible que algunas preguntas de la encuesta no hayan sido interpretadas correctamente por los participantes, lo que generó un porcentaje de “ns/nc”. Sin embargo, consideramos que el hecho de que esta población con alta incidencia de factores de riesgo cardiovascular y enfermedad cardiovascular documentada haya percibido de forma negativa el uso de medicamentos cardiovasculares, debe ser un significativo llamado de atención.

CONCLUSIÓN

Las percepciones negativas respecto a la medicación cardiovascular fueron frecuentes en esta población, lo que afecta principalmente al uso de estatinas. La percepción de los pacientes acerca de los medicamentos utilizados en prevención primaria y secundaria es un pilar fundamental para lograr una adecuada adhesión terapéutica. Estos datos pueden ser útiles en el futuro para mejorar la comunicación y la educación de los pacientes. Estudios prospectivos podrían validar las repercusiones de estos hallazgos sobre la incidencia de ECV.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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* 76(25):2982–3021, 2020.
2. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS). *Eur Heart J* 41(1):111-188, 2020.
3. Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline

- on the management of blood cholesterol: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 73:e285–e350, 2019.
4. Sigal AR, Antonioli M, López Santi P, Aquino N, Lerech E, Botto F. Uso de agentes hipolipemiantes y cumplimiento de metas terapéuticas en pacientes de alto riesgo cardiovascular en la República Argentina. *Revista del Consejo Argentino de Residentes de Cardiología* 160:0168-0175, 2021.
 5. 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* 4(3):206-213, 2019.
 6. Ray KK, Ference BA, Séverin T, Blom D, Nicholls SJ, Shiba MH, et al. World Heart Federation Cholesterol Roadmap 2022. *Global Heart* 17(1):75, 2022.
 7. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology & Health* 14(1):1-24, 1999.
 8. Yusuf S, Rangarajan S, Teo K, Islam S, Li W, Liu T, et al. Cardiovascular risk and events in 17 low-, middle-, and high-income countries. *N Engl J Med* 371:818-827, 2014.
 9. Avezum A, Oliveira GBF, Lanasy F, Lopez-Jaramilloz P, Diaz R, Miranda JJ, et al. Secondary CV prevention in South America in a community setting. The PURE Study. *Glob Heart* 12(4):305-313, 2017.
 10. Yusuf S, Islam, S, Chow CK, Rangarajan S, Dagenais G, Diaz R, et al. Use of secondary prevention drugs for cardiovascular disease in the community in high-income, middle-income, and low-income countries (the PURE Study): a prospective epidemiological survey. *The Lancet* 378:1231–1243, 2011.
 11. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med* 353:487-497, 2005.
 12. Castellano JM, Pocock SJ, Bhatt DL, Quesada AJ, Owen R, Fernandez-Ortiz A, et al. Polypill strategy in secondary cardiovascular prevention. *N Engl J Med* 387(11):967-977, 2022.
 13. Sabaté E, World Health Organization (Eds.). Adherence to long-term therapies: evidence for action. World Health Organization, Geneva; 2003.
 14. EORP EUROASPIRE V registry. *Eur J Prev Cardiol* 26:824-835, 2019.
 15. Murphy A, Palafox B, O'Donnell O, Stuckler D, Perel P, AlHabib KF, et al. Inequalities in the use of secondary prevention of cardiovascular disease by socioeconomic status: evidence from the PURE observational study. *Lancet Glob Health* 6:e292–301, 2018.
 16. McNeil JJ, Wolfe R, Woods RL, et al; ASPREE Investigator Group. Effect of aspirin on cardiovascular events and bleeding in the healthy elderly. *N Engl J Med* 379(16):1509-1518, 2018.
 17. Davidson KW, Barry M, Mangione C, Cabana M, Chelmow D, Coker T, US Preventive Services Task Force. Aspirin use to prevent cardiovascular disease: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 327(16):1577-1584, 2022.
 18. The ASCEND Study Collaborative Group. Effects of aspirin for primary prevention in persons with diabetes mellitus. *N Engl J Med* 379:1529-1539, 2018.
 19. Alghadeer S, Alwhaibi A, Alhossan A, Babelghaith S, Mubarak A, Samreen S, et al. Aspirin use among Saudi adults: The prevalence and users' characteristics. *Saudi Pharm J* 30(4):340-346, 2022.
 20. Evolución de la dispensa de aspirina 0,100 mg. Disponible en: <http://observatorio.cofa.org.ar/index.php/2018/11/23/evolucion-de-la-dispensa-de-aspirina-0100-mg/>.
 21. Nieuwlaat R, Wilczynski N, Navarro T, Hobson N, Jeffery R, Keepanasseril A, et al. Interventions for enhancing medication adherence. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(11), 2014.

22. Bansilal S, Castellano JM, Garrido E, Wei HG, Freeman A, Spettell C, et al. Assessing the impact of medication adherence on long-term cardiovascular outcomes. *J Am Col Cardiol* 68:789-801, 2016.
23. Lee H, Park JH, Floyd JS, Park S, Kim HC. Combined effect of income and medication adherence on mortality in newly treated hypertension: nationwide study of 16 million person-years. *J Am Heart Assoc* 8(16):e013148, 2018.
24. 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* 4(3):206-213, 2019.
25. Kim YY, Lee JS, Kang HJ, Park SM. Effect of medication adherence on long-term all-cause mortality and hospitalization for cardiovascular disease in 65,067 newly diagnosed type 2 diabetes patients. *Sci Rep* 8:12190, 2018.