

Una herramienta de ayuda para la decisión fue útil en pacientes con diabetes

A decision-making-tool was useful in a diabetic population

Weymiller A y col. Arch Intern Med. 2007; 167:1076-1082

Objetivo

Evaluar en pacientes con diabetes tipo 2 el efecto de una herramienta de ayuda para la toma de decisiones (AD) para el comienzo del tratamiento con estatinas en relación a: su conocimiento del problema, sus conflictos, la acción resultante y su adherencia al fármaco.

Diseño

Ensayo clínico aleatorizado en "cluster", con asignación ciega de los participantes del estudio y seguimiento a tres meses.

Lugar

Mayo Clinic, Minnesota, EE.UU.

Pacientes

98 pacientes con diabetes tipo 2.

Intervención

Se comparó la AD con la hoja informativa estándar de manejo de colesterol de la Clínica Mayo y analizando los resultados por intención de tratar. La AD se personalizó para cada paciente e

incluyó la presentación del riesgo cardiovascular a los diez años, la reducción del riesgo absoluto con el uso de estatinas y las desventajas de las mismas.

Resultados principales

Los pacientes prefirieron el uso de la herramienta de ayuda para la decisión (OR 2,8; IC95% 1,2 a 6,9). Quienes la habían recibido (n=52) estaban mejor informados (2,4 puntos de diferencia de un total de 9; IC95% 1,2 a 6,9) conocían mejor su riesgo cardiovascular (OR 22,4; IC95% 5,9 a 85,6) y la reducción potencial del riesgo absoluto con estatinas (OR 6,7; IC95% 1,5 a 3,3); y tuvieron menos conflicto en la decisión (diferencia -10,6 puntos; IC95% -15,4 a -5,9 sobre una escala de 100). De los 33 pacientes en el grupo intervención que estaban tomando estatinas, dos reportaron que se habían olvidado una dosis o más en la última semana, contra seis de los 29 del grupo control (OR 3,4; IC95% 1,5 a 7,5).

Conclusiones

La decisión ayudada podría haber afectado favorablemente la adherencia a estas drogas.

Comentario

La enfermedad cardiovascular (CV) es la principal causa de muerte en los países desarrollados y en muchos de los en vías de desarrollo. Varios ensayos clínicos^{1,2,3,4} demostraron que el tratamiento regular y durante largos períodos con estatinas reduce la morbimortalidad en prevención primaria y secundaria. Los resultados del "Heart Protection Study" hicieron que se recomiende una meta de LDLc menor a 70mg/dL en pacientes de muy alto riesgo; ya que en dicho estudio se observó una relación lineal entre la reducción sérica de LDLc y la del riesgo relativo de eventos coronarios, efecto que sería independiente del nivel basal de LDLc, ya que incluso siendo este menor a 100mg/dL se reportó una disminución de 30% en el riesgo en todos los eventos.

Si bien sería eficaz tratar con estatinas a toda la población hipercolesterolémica, sería una estrategia poco costo-efectiva. Por tal motivo es prudente estratificar correctamente a los pacientes, ya que la evidencia sugiere que se beneficiarían más los pacientes con riesgo cardiovascular alto.

Como lo muestra un estudio canadiense de 2002⁵, la adherencia al tratamiento con estatinas es baja: 40,1% de los pacientes de alto riesgo cardiovascular y 25,4% de los de bajo riesgo. Vale aclarar que el término anglosajón adherencia implica que el paciente, desde un rol activo y habiendo comprendido las ventajas y desventajas de sus potenciales conductas, acepta y pone en práctica las

recomendaciones del equipo de salud. No es sinónimo de cumplimiento, ya que este último concepto sólo se refiere a una conducta pasiva en el sentido de aceptar las indicaciones médicas.

Conclusiones de la comentadora

La discusión con el médico y la comprensión del riesgo cardiovascular personal a diez años, condujeron a que los pacientes adhieran con menos conflicto y más rápidamente a las recomendaciones terapéuticas. Si bien fue un estudio bien diseñado presenta las limitaciones de haber enrolado pacientes que ya recibían estatinas, que habían tenido educación terapéutica previa, que eran referidos a un nivel especializado de atención y de haberlos seguido sólo durante tres meses.

Sin embargo, la creciente evidencia a su favor estimula al equipo de salud el uso de herramientas sencillas para ayudar a los pacientes a tomar las mejores decisiones compatibles con sus valores. De todos modos, serán necesarias nuevas investigaciones que enrolen pacientes con menor educación terapéutica previa y con seguimiento más prolongado para esclarecer la efectividad de este tipo de herramienta a nivel local.

Ver glosario*

Adriana Primerano [Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Italiano de Buenos Aires. adriana.primerano@hospitalitaliano.org.ar]

Primerano A. Una herramienta de ayuda para la decisión fue útil en pacientes con diabetes. Evid. actual. práct. ambul; 11(2): 42, Mar-Abr.2008. Comentario de Weymiller A, y col. **Statin Choice Randomized Trial**. Arch Intern Med. 2007; 167:1076-1082. PMID: 17533211

Referencias

- Heart Protection Study Collaborative Group. MRC/BHF Heart Protection Study of cholesterol lowering with simvastatin in 20 536 high-risk individuals: a randomised placebo controlled trial. Lancet. 2002; 360: 7-22. HPS.
- Shepherd J, et al on behalf of the PROSPER study group. Pravastatin in elderly individuals at risk of vascular disease (PROSPER): a randomised controlled trial Lancet. 2002; 360: 1623-30. PROSPER.
- Sever P et al. for the ASCOT Investigators. Prevention of coronary and stroke events with atorvastatin in hypertensive patients who have average or lower-than-average cholesterol concentrations, in the Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial—Lipid Lowering Arm (ASCOT- LLA): a multicentre randomised controlled trial. Lancet 2003; 361: 1149-58 ASCOT-LLA.
- Cannon C, et al. Comparison of Intensive and Moderate Lipid Lowering with Statins after Acute Coronary Syndromes. N Engl J Med 2004;350:1495-504 PROVE-IT.
- Jackevicius C. Adherence With Statin Therapy in Elderly Patients With and Without Acute Coronary Syndromes. JAMA 2002; 288:462-467.