



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Intervenciones para mejorar el cumplimiento con los corticosteroides inhalados para el asma (Revisión)

Normansell R, Kew KM, Stovold E

Normansell R, Kew KM, Stovold E.

Interventions to improve adherence to inhaled steroids for asthma

(Intervenciones para mejorar el cumplimiento con los corticosteroides inhalados para el asma).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No.: CD012226.

DOI: [10.1002/14651858.CD012226.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012226.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Intervenciones para mejorar el cumplimiento con los corticosteroides inhalados para el asma (Revisión)

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Intervenciones para mejorar el cumplimiento con los corticosteroides inhalados para el asma

Rebecca Normansell¹, Kayleigh M Kew², Elizabeth Stovold³

¹Cochrane Airways, Population Health Research Institute, St George's, University of London, London, UK. ²British Medical Journal Technology Assessment Group (BMJ-TAG), BMJ Knowledge Centre, London, UK. ³Population Health Research Institute, St George's, University of London, London, UK

Contacto: Rebecca Normansell, Cochrane Airways, Population Health Research Institute, St George's, University of London, London, SW17 0RE, UK. rnormans@sgul.ac.uk.

Grupo Editorial: Grupo Cochrane de Vías Respiratorias.

Estado y fecha de publicación: Nueva, publicada en el número 4, 2017.

Referencia: Normansell R, Kew KM, Stovold E. Interventions to improve adherence to inhaled steroids for asthma (Intervenciones para mejorar el cumplimiento con los corticosteroides inhalados para el asma). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2017, Issue 4. Art. No.: CD012226. DOI: [10.1002/14651858.CD012226.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012226.pub2).

Copyright © 2017 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

A pesar de la comprobada eficacia en la mejoría de los síntomas y la reducción de las exacerbaciones, muchos pacientes con asma no tienen un cumplimiento pleno con el inhalador de corticosteroides. El cumplimiento subóptimo provoca resultados clínicos más deficientes y un aumento del uso de los servicios sanitarios; además, se lo identificó como un factor responsable de un tercio de las muertes por asma en el Reino Unido. Los motivos de la falta de cumplimiento son variados y se propusieron diversas intervenciones para ayudar a las personas a mejorar el cumplimiento con el tratamiento.

Objetivos

Evaluar la eficacia y la seguridad de las intervenciones destinadas a mejorar el cumplimiento con los corticosteroides inhalados entre los pacientes con asma.

Métodos de búsqueda

Se identificaron ensayos del registro de ensayos del Grupo Cochrane de Vías Respiratorias (Cochrane Airways Trials Register), que contiene estudios identificados mediante múltiples búsquedas electrónicas y búsquedas manuales de otras fuentes. También se buscó en los registros de ensayos y en listas de referencias de estudios primarios. Se realizaron las búsquedas más recientes el 18 de noviembre de 2016.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos controlados aleatorios en grupos y paralelos de cualquier duración, realizados en cualquier contexto. Se incluyeron los estudios que se informaron como texto completo, los publicados solamente como resúmenes y los datos no publicados. Se incluyeron ensayos en adultos y niños con asma y con una receta actual de corticoides inhalados (ICS) (como monoterapia o multiterapia con un agonista₂ β de acción prolongada [ABAP]). Los estudios elegibles compararon una intervención principalmente orientada a mejorar el cumplimiento con los ICS frente a la atención habitual o una atención alternativa.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión examinaron las búsquedas, extrajeron las características de los estudios y los datos de los resultados de los estudios incluidos y evaluaron el riesgo de sesgo. Los resultados primarios fueron el cumplimiento con los ICS, las exacerbaciones que requirieron al menos corticosteroides orales y control del asma. En la tabla "Resumen de los resultados" se calificaron los resultados y se presentaron las pruebas.

Los datos dicotómicos se analizaron como odds ratios y los datos continuos como diferencias de medias o como diferencias de medias estandarizadas; en todos los casos se usó un modelo de efectos aleatorios. Los datos asimétricos se describieron en forma narrativa. No se realizaron conjeturas a priori acerca de cómo debían clasificarse los ensayos, aunque se realizaron los metanálisis solo si la similitud entre los tratamientos, los participantes y la pregunta clínica subyacente justificaron el agrupamiento.

Resultados principales

Se incluyeron 39 ensayos controlados aleatorios (ECA) con adultos y niños con asma, 28 de ellos (n = 16 303) aportaron datos para al menos un metanálisis. El seguimiento duró entre dos meses y dos años (mediana de seis meses), y los ensayos se realizaron principalmente en países de ingresos altos. La mayoría de los estudios informó cierto grado de cumplimiento con los ICS y otros resultados como la calidad de vida y el control del asma. En general, los estudios tuvieron un sesgo de selección bajo o poco claro y riesgo de sesgos altos asociados con el cegamiento. Se consideró que aproximadamente la mitad de los estudios tenían un riesgo alto de sesgo de desgaste y un informe selectivo de los resultados.

Se clasificaron los estudios en cuatro comparaciones: educación sobre el cumplimiento frente al control (20 estudios); recordatorios o rastreadores electrónicos frente a control (11 estudios); regímenes farmacológicos simplificados frente a regímenes farmacológicos habituales (cuatro estudios); y tratamiento de observación directa basado en la escuela (tres estudios). Se describen dos estudios por separado.

Todos los resultados agrupados de la educación sobre el cumplimiento, los recordatorios o los rastreadores electrónicos y los regímenes simplificados tuvieron un mejor cumplimiento que los controles. Los análisis limitados a los estudios que utilizaron medidas objetivas revelaron que la educación sobre el cumplimiento tuvo un beneficio del 20 por ciento en el puntaje respecto del control (intervalo de confianza [IC] del 95%: 7,52 a 32,74; cinco estudios; evidencia de baja calidad); los recordatorios o los rastreadores electrónicos produjeron un mejor cumplimiento de 19 puntos porcentuales (IC del 95%: 14,47 a 25,26; seis estudios; evidencia de calidad moderada); y los regímenes simplificados produjeron un mejor cumplimiento de 4 puntos porcentuales (IC del 95%: 1,88 a 6,16; tres estudios; evidencia de calidad moderada). La confianza en la evidencia se vio reducida por el riesgo de sesgo y la inconsistencia.

Las mejorías y el cumplimiento no se trasladaron de manera consistente en beneficios observables a los resultados clínicos de los análisis agrupados. Ninguno de los tipos de intervenciones reveló beneficios claros para los resultados clínicos primarios: exacerbaciones que requirieron corticosteroides orales (OCS, por sus siglas en inglés) (evidencia de calidad muy baja a baja) y control del asma (evidencia de calidad baja a moderada); ni para los resultados secundarios: visitas no programadas (evidencia de calidad muy baja a moderada) y calidad de vida (evidencia de calidad baja a moderada). Sin embargo, algunos estudios individuales informaron beneficios documentados de los OCS y del uso de los servicios sanitarios. La mayoría de los datos de ausentismo escolar y laboral tuvieron una distribución asimétrica y fueron difíciles de interpretar (evidencia de calidad baja, cuando se los calificó), y la mayoría de los estudios no midió ni informó específicamente los eventos adversos.

Los estudios que investigaron los posibles beneficios de la administración de ICS en la escuela no midieron el cumplimiento, las exacerbaciones que requirieron OCS, el control del asma, ni los eventos adversos. Un estudio informó menos visitas no programadas y otro no halló diferencias; no se pudo combinar los datos.

Conclusiones de los autores

Los datos agrupados sugieren que son varias las intervenciones que pueden mejorar el cumplimiento. No queda tan claro cuál es la importancia clínica de esta mejoría, destacada por el impacto incierto e inconsistente en los resultados clínicos como la calidad de vida y el control del asma. Debido a las dudas sobre el riesgo de sesgo y la inconsistencia, existe una confianza baja a moderada acerca de estos resultados. Los futuros estudios podrían beneficiarse si se predefine un "valor de corte" basado en la evidencia para obtener un cumplimiento aceptable además de utilizar medidas de cumplimiento objetivas y herramientas y cuestionarios validados. Cuando sea posible, la monitorización encubierta o alguna modalidad de cegamiento o de control activo podrían ayudar a diferenciar los efectos de la intervención de los efectos de la inclusión en un ensayo de cumplimiento.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Estrategias que ayudan a los pacientes con asma a utilizar el inhalador de corticosteroides como se recetó

Información general sobre el tema

Los inhaladores de corticosteroides mejoran los síntomas asociados con el asma y disminuyen las crisis asmáticas cuando se usan con regularidad. Pero muchos pacientes asmáticos no los utilizan como se los recetó. Esto provoca más síntomas y brotes asociados con un tercio de las muertes por asma en el Reino Unido.

No tomar las dosis es una situación denominada "falta de cumplimiento". Los motivos para no tomar las dosis varían de una persona a otra. Por ejemplo, hay quienes suelen olvidarse de llevar el inhalador y otras personas tienen un estilo de vida ocupado e imprevisible que dificulta esta rutina. Algunos pacientes no valoran la necesidad de utilizar los inhaladores como se los recetó. Algunos pacientes eligen disminuir o interrumpir el consumo de corticosteroides. Esto puede deberse a muchas razones, como los efectos secundarios, el miedo a los efectos secundarios o la percepción de que los beneficios no justifican las desventajas.

El objetivo de esta revisión fue averiguar si las estrategias para ayudar a los pacientes con asma a utilizar el inhalador de corticosteroides dan resultado, y si una mejoría en el cumplimiento trae aparejada otros beneficios.

Características de los estudios

Se encontraron 39 estudios con más de 16 000 adultos y niños con asma que utilizaban un inhalador de corticosteroides. La mayoría de los estudios recabaron los datos a los seis meses, de modo tal que efectivamente podemos aplicar los mensajes de esta revisión exclusivamente a los seis meses; no podemos decir, por ejemplo, si estos métodos son efectivos dentro de algunos años. Se realizaron búsquedas de estudios relevantes en múltiples fuentes. Esta revisión está actualizada hasta noviembre de 2016.

Los diferentes estudios utilizaron diferentes métodos para tratar de ayudar a los pacientes a usar el inhalador con mayor frecuencia. Se agruparon los estudios según cuatro modalidades de ayuda para usar el inhalador: educación acerca del cumplimiento (20 estudios); recordatorios o monitorización electrónica para usar el inhalador (11 estudios); facilitar la administración del fármaco (p.ej. una vez en lugar de dos veces al día, un inhalador en lugar de dos) (cuatro estudios); y administrar el inhalador durante las horas de clase (tres estudios).

Principalmente interesaba averiguar si las estrategias ayudaron a los pacientes a usar el inhalador como se recetó, y si los pacientes tuvieron menos crisis asmáticas y un control más adecuado del asma.

Resultados clave

Los pacientes que recibieron educación exhibieron mejores aptitudes para usar el inhalador que los controles; un 20% más de los pacientes siguió el tratamiento (es probable que represente entre 8% y 33% más). Quienes recibieron recordatorios o rastreadores electrónicos tuvieron una mejoría del 19% en el uso del inhalador respecto de los controles (14% y 25%). Los pacientes que contaron con una modalidad más sencilla para usar en el inhalador (p.ej., menos veces al día) solo mejoraron en un 4% respecto de quienes siguieron con la modalidad habitual (2% y 6%).

Desafortunadamente, estos esfuerzos para ayudar a los pacientes a usar el inhalador como se recetó en general no se tradujeron en beneficios evidentes de aspectos como el control del asma o la cantidad de crisis asmáticas. Aunque, en la mayoría de los casos, no fue posible diferenciarlos. Tampoco pudimos observar una diferencia en la calidad de vida ni en el tiempo que los pacientes debieron ausentarse del colegio o del trabajo, aunque la evidencia generalmente fue incierta.

Los estudios que investigaron el posible beneficio de administrar el inhalador a los niños durante las horas de clase en realidad no midieron con qué frecuencia no tomaron las dosis.

Calidad de la evidencia

Es difícil determinar si vale la pena utilizar estas diferentes estrategias, ya que los estudios difieren bastante entre sí. Esta variación significa que no se puede tener certeza sobre el beneficio efectivo, más allá de mejorar el cumplimiento. A veces no se encontraron suficientes estudios para detectar una diferencia entre los grupos. El hecho de que la mayoría de los pacientes supieran en qué grupo estaban también redujo la confianza en los resultados, porque este dato pudo afectar cuestiones como qué tan positiva eran las respuestas a los cuestionarios. Tuvimos dudas acerca de la cantidad de pacientes que abandonó aproximadamente la mitad de los estudios, y no tenemos certeza sobre si los estudios informaron todo lo que midieron.

Mensaje clave

Los estudios que se encontraron sugieren que hay varias estrategias que pueden ayudar a los pacientes con asma a mejorar el uso del inhalador, en comparación con el "control" (p.ej., atención habitual del asma). Sin embargo, muchos de estos estudios difirieron bastante entre sí, y no hay certeza de que los pacientes sientan que el asma haya mejorado como resultado de este abordaje.