ORIGINAL

PERCEPCIÓN DE LOS PACIENTES SOBRE EL PAPEL Y POTENCIALES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS GLUCOCORTICOIDES INHALADOS EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL

L. M. Entrenas Costa, A. M. Escribano Dueñas, F. Quero Valenzuela, J. Redel Montero, B. Navas Bueno, A. M. Luque Casado, F. León Morente, J. Cosano Povedano.

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

RESUMEN

OBJETIVO: evaluar el nivel de conocimientos de nuestros asmáticos sobre los glucocorticoides inhalados como medicación de control, así como sus potenciales efectos secundarios para dirigir las estrategias educativas a reforzar o modificar las opiniones a fin de lograr un mejor cumplimiento.

PACIENTES Y MÉTODOS: 136 pacientes (94 mujeres, 42 hombres) consecutivos de nuestra consulta externa que cumplían los siguientes criterios: asma con obstrucción reversible comprobada en fase estable, necesidad de tratamiento de mantenimiento que incluyera corticoides inhalados prescrito desde al menos un año antes, no uso de esteroides sistémicos en el año anterior, no fumadores, haber participado en un programa educativo básico y capacidad para contestar un formulario.

RESULTADOS: edad media de 37.10 ± 14.54 años (intervalo: 13-72 años), sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Tiempo de diagnóstico del asma: 12.57 ± 8,74 (1-45 años). De los 136 pacientes, 110 (80.9%) afirmaban tener prescrito tratamiento antiinflamatorio; sólo 50 (45%) lo identificaron con un glucocorticoide inhalado. Cumplimiento: 102 pacientes (74.5%) afirmaron tomar la medicación con la frecuencia adecuada, 27 (19.7%) algo menos de lo que debiera, 5 (3.6%) apenas lo toma y 2 (1.5%) nunca.

Creencias sobre los efectos secundarios de los glucocorticoides inhalados: a) cada vez se necesita más dosis: 22 (16.2%). b) pierden eficacia con el tiempo: 32 (23.5%). c) aumentan el peso corporal: 66 (48.5%). d) aumentan la masa muscular: 25 (18.4%). e) favorecen las infecciones: 25 (18.4%). f) provocan fragilidad ósea: 41 (30.1%). g) detienen el crecimiento: 24 (17.6%). h) causan cataratas: 16 (11.8%). i) causan diabetes: 15 (11.0%). De manera global, 61/136 (44.9%) contestaron que les preocupaba tomar glucocorticoides inhalados.

CONCLUSIONES: 1.- Un 45% de los pacientes manifiesta que le preocupa tomar glucocorticoides inhalados. 2.- Alto porcentaje de falsas creencias sobre potenciales efectos secundarios. 3.- Las estrategias educativas deben dirigirse a combatir esas creencias.

Palabras clave: Asma Bronquial, Educación, Glucocorticoides inhalados, Cumplimiento.

PATIENT PERCEPTION OF THE ROLE AND POTENTIAL SIDE EFFECTS OF INHALED GLUCOCORTICOIDS DURING BRONCHIAL ASTHMA TREATMENTS

ABSTRACT

OBJECTIVE: To learn the level of knowledge that asthmatic patients have of the of inhaled glucocorticoids as a control medication, as well as their potential side effects, so that educational strategies focus on reinforcing or modifying opinions to achieve improved compliance.

PATIENTS AND METHODS: 136 patients (94 women, 42 men) consecutive at our out-patient clinic and who complied the following criteria: asthma with confirmed reversible obstruction, stable; in need of maintenance treatment that includes inhaled corticosteroids; prescribed at least a year prior to the study; no systematic usage of steroids during the year prior; nonsmokers; all participated in a basic educational program and were able to respond to the questionnaire.

RESULTS: Average age of 37.10 ± 14.54 years (range: 13-72), without significant differences between men and women. Asthma had been diagnosed for an average of 12.57 ± 8,74 years (1-45). 110 patients (80.9%) stated that anti-inflammatory treatment had been prescribed, although only 50 (45%) identified the treatment with inhaled glucocorticoids.

Compliance: 102 patients (74.5%) declared that they had taken their medication according to the prescribed frequency, 27 (19.7%) slightly less than they should have, 5 (3.6%) hardly took their medication and 2 (1.5%) never.

Beliefs about the secondary effects of inhaled glucocorticoids: a) with each use, a higher dosage was necessary: 22 patients (16.2%). b) with time, the effectiveness was reduced: 32 (23.5%). c) body weight increased: 66 (48.5%). d) muscular mass increased: 25 (18.4%). e) favored appearance of infections: 25 (18.4%). f) caused bones to be fragile: 41 (30.1%). g) they stop growth: 24 (17.6%). h) causes cataracts: 16 (11.8%). i) they cause diabetes: 15 (11.0%). In general, 61/136 (44.9%) responded that they were concerned about using inhaled glucocorticoids.

CONCLUSIONS: 1. Forty-five percent (45%) of the patients expressed their concerns about taking inhaled glucocorticoids. 2. High degree of false beliefs about the potential secondary effects. 3. The educational strategies should focus on modifying these beliefs.

Key Words: Bronchial Asthma, Education, Inhaled Glucocorticoids, Compliance.

Recibido: 30 de diciembre de 2003. Aceptado: 5 de julio de 2004.

Correspondencia:
Luis Manuel Entrenas Costa
Avda. de las Ollerías 1, portal 10, 4º-2
14001 Córdoba
Teléfono: 957 490 275
lmentrenas@nacom.es

INTRODUCCIÓN

El tratamiento farmacológico del asma persistente, en cualquiera de sus niveles de gravedad, se basa en el uso de glucocorticoides inhalados (GCI), solos o en combinación con otros fármacos, con objeto de lograr el control de la enfermedad[1,2].

Sin embargo, no basta sólo con una prescripción adecuada de los medicamentos, sino que, como en toda enfermedad crónica, incluir al paciente en un programa educativo ha demostrado, en repetidos estudios, que mejora el control de la enfermedad[3], posiblemente porque hacerlo partícipe de su propio tratamiento contribuye de manera importante a mejorar el cumplimiento del mismo[4] que suele distar mucho de ser el ideal.

Un mal conocimiento de los mecanismos de la enfermedad y del papel que juega la medicación antiinflamatoria así como los efectos secundarios de la misma, puede conllevar un deterioro del cumplimiento. Aunque está demostrado que dosis moderadas de GCI pueden ser consideradas como seguras[5], e, incluso puede ser preferible el empleo de dosis altas a perder el control de la enfermedad[1], posiblemente los pacientes tengan otra opinión dado que publicaciones previas han detectado un importante porcentaje de "corticofobia"[6].

El objetivo del presente trabajo es tratar de conocer el nivel de conocimientos que tienen nuestros asmáticos sobre el papel concreto de los GCI como medicación de control en el asma bronquial, así como sobre sus potenciales efectos secundarios para que las estrategias educativas se encaminen a reforzar o, en su caso, modificar estas opiniones con el fin de lograr un mejor cumplimiento del tratamiento.

PACIENTES Y MÉTODOS

Durante un año (1 de diciembre de 2002 a 30 de noviembre de 2003) se seleccionó de manera aleatoria y consecutiva una muestra de pacientes diagnosticados de asma bronquial que acudieron a una consulta monográfica y que cumplían los siguientes criterios de inclusión:

a) Asma demostrada mediante obstrucción reversible[7] y en situación estable.
b) Clasificación GINA[1] como persistente en cualquiera de sus niveles (leve, moderada o grave).
c) Tratamiento actual prescrito como mínimo un año antes de la consulta y adecuado a su nivel de gravedad. Por tanto, necesidad de medicación diaria con GCI. En los pacientes con asma persistente leve se exigió que la medicación controladora fuera un GCI y no otra de las opciones aceptadas por la GINA[1].
d) No haber precisado corticoides por vía sistémica en el año anterior a la consulta.
e) No fumadores.
f) Haber participado en el programa educativo realizado en nuestra unidad y que incluye información general sobre la enfermedad y su tratamiento, uso de dispositivos inhalatorios, manejo domiciliario de agudizaciones (con control clínico o medición de pico de flujo) e instrucciones escritas individualizadas para ello.
g) Capacidad de comprender y contestar un formulario por escrito.
h) Aceptar participar en el estudio.

El cuestionario incluía preguntas sobre diferentes aspectos del tratamiento del asma y, en especial, los relativos a la percepción del mecanismo de acción y los efectos secundarios de los GCI.

Los resultados aparecen descritos como media ± desviación estándar y porcentaje. Las diferencias fueron estimadas como significativas al nivel del 95%.

RESULTADOS

En el periodo de estudio, 136 pacientes, 94 mujeres (69,1%) y 42 hombres (30,9%), con edad media 37,10 ± 14.54 años (intervalo 13-72 años) cumplieron totalmente los criterios de inclusión. No existía diferencia estadísticamente significativa entre las edades de cada sexo (38,87 ± 14,93 vs. 33,14 ± 12,92 respectivamente).

De los 136 pacientes, 40 (29,4%) presentaban asma leve, 74 (54,4%) moderada y 22 (16,2%) grave (Criterios GINA[1]). El asma había sido diagnosticada una media de 12,57 ± 8,74 años antes.

Aunque todos tenían prescrita medicación de control con GCI, sólo 110/136 (80,9%) sabían que tomaban un medicamento para reducir la inflamación de las vías respiratorias, pero fueron únicamente 60 (44,1%) los que identificaron el nombre de ese medicamento. De estos 60, en 10 (16,7%) la identificación fue errónea (b_2-agonista de acción rápida 2; antiinflamatorio no esteroideo 4; paracetamol 1; budesonida nasal 1; azitromicina 2).

La tabla 1 recoge las creencias sobre el origen de los síntomas del asma. A la pregunta directa de si sabía que la inflamación es lo que provoca los síntomas de asma, sólo 19/136 pacientes contestaron desconocerlo.

El 74,5% de los pacientes (102/136) afirmaba tomar la medicación con la frecuencia que le había prescrito su médico. Un 19,7% (27/136) contestó que la tomaba con menor frecuencia de lo que debiera. Un 3,6 (5/136) manifestó tomar la medicación sólo cuando se acordaba, mientras que el 1,5% (2/136) respondió que no tomaba la medicación nunca.

La tabla 2 resume las respuestas dadas a los supuestos efectos de los corticoides inhalados en el asma bronquial. En ella, el símbolo (√) indica que la respuesta se considera correcta con los conocimientos actuales[1]. Es de destacar que hay un porcentaje por encima del 80% que piensa que los GCI se emplean para el alivio rápido

del broncoespasmo (89,0%) o de los síntomas de la crisis (83,1%).

Del total de pacientes, 61/136 (44,9%) contestaron que les preocupaba el hecho de tomar GCI. El porcentaje de hombres a los que preocupaba tomar GCI era algo menor que el de mujeres (15/42 = 35,7% vs. 46/94 = 48,9%) pero sin alcanzar significación estadística.

La tabla 3 recoge los posibles efectos secundarios que considera cada paciente que pueden tener los GCI, así como el porcentaje del total de la muestra que manifiesta que ese posible efecto secundario le preocupa. Es de destacar que para la mayoría de los enunciados oscila entre el 10 y el 20%, sin embargo, la creencia de que provocan fragilidad ósea (30,1%) y, especialmente, el aumento de peso corporal (48,5%) son los efectos que se perciben como más frecuentes. No hubo asociación estadísticamente significativa entre la variable sexo y ninguna de los enunciados.

DISCUSIÓN

En las enfermedades agudas, el paciente puede ser considerado como un mero receptor pasivo de los cuidados médicos ya que su relación con la patología finalizará en un periodo corto de tiempo. Por el contrario, las enfermedades crónicas se caracterizan porque desde el momento del diagnóstico se mantendrá el contacto a largo plazo con el sistema sanitario. En el caso particular del asma, existe un factor como es la variabilidad que obligará a cambiar la medicación controladora en función de la clínica, por lo que es de capital importancia que el paciente, dentro de ciertos límites, adquiera una serie de habilidades para ser una pieza más en el control de su enfermedad[8]. El proceso por el que se adquieren estas habilidades es lo que llamamos de manera global educación.

El primer punto que incluyen todos los programas educativos es la información general sobre la enfermedad y su tratamiento[9]. Pero no existen, en España, referencias bibliográficas previas sobre las opiniones de los pacientes respecto al mecanismo de acción de los GCI o sus posibles efectos secundarios. Los resultados de trabajos realizados en otros países, como Canadá, no son totalmente extrapolables a nuestro medio dadas las diferencias socioculturales existentes entre ambos. Así, al contrario de lo que ocurre en el trabajo de Boulet, nuestros pacientes conocen en una mayor proporción que los GCI reducen la inflamación (83,8% vs. 22,0%), pero también piensan en una mayor proporción que alivian el broncoespasmo (89,0% vs. 43,0%) o mejoran los síntomas de la crisis (83,1% vs. 11,0%). Los resultados de nuestro estudio demuestran que, pese a haber seguido un programa educativo básico, el conocimiento que tienen de la medicación de control sigue siendo erróneo.

En la composición de la serie, casi las tres cuartas partes son pacientes con asma moderada y grave (96/136 = 70,6%). Obviamente, no refleja lo que ocurre en la población general en la que el predominio neto es a favor del asma intermitente y persistente leve[10]. No obstante, podemos especular sobre varios factores que han podido influir en la composición de la muestra. En primer lugar, la exigencia en los criterios de inclusión de que fuera un asma persistente para que tuvieran medicación de control con GCI. En segundo lugar, la muestra procede de una consulta monográfica de un hospital de tercer nivel en la que suelen atenderse predominantemente enfermos con un mayor nivel de gravedad. Por último, el tamaño muestral puede estar condicionado por el hecho de excluir a los fumadores, dada la prevalencia de tabaquismo entre asmáticos[11].

Llama la atención que pese a reconocer la gran mayoría (80,9%) que toma un medicamento para reducir la inflamación de las vías aéreas, sólo el 44% identifica el nombre de ese medicamento. Aún habiendo seguido un programa educativo, existen errores en la identificación de la medicación antiinflamatoria. Especialmente curioso es el hecho de que 5 pacientes la confundan con antiinflamatorios no esteroideos. Quizá parte de esta culpa la tengamos los médicos que, intentando no emplear la palabra corticoide por el posible rechazo que pueda causar, utilizamos el término "antiinflamatorio" que puede confundirse con otro tipo de medicamentos.

A la pregunta directa sobre si conoce que la inflamación es la causa directa de los síntomas 126/136 (92,6%) pacientes contestan afirmativamente. Pero en la tabla 1 puede comprobarse que, aún reconociendo a la inflamación como la más citada, existen otras respuestas a las que se les atribuye el papel de causa cuando en realidad son desencadenantes. Mención especial merece que el 80% de los pacientes siguen respondiendo que la "alergia" es lo que provoca los síntomas, quizá como reflejo de creencias todavía arraigadas en la población general. No pensamos que la respuesta sea motivada por el hecho de que en nuestra unidad se realizan pruebas alérgicas cutáneas de manera sistemática si la anamnesis indica que pueda existir algún alergeno inhalado como desencadenante a fin de identificarlo e indicar las oportunas medidas de control ambiental. Ninguno de los pacientes incluidos en el estudio mantenía tratamiento con inmunoterapia.

Datos previos de nuestros pacientes estimaban el nivel de incumplimiento alrededor del 25%[12], cifra similar a la actual. Si bien los valores se mueven próximos a los límites inferiores que se describen en la literatura[13], quizá resulta decepcionante comprobar que con el paso de los años y el desarrollo de un programa educativo, no ha conseguido reducirse. Además, resulta especialmente preocupante que sigue habiendo un porcentaje en torno al 5% que manifiesta tomar la medicación sólo cuando se acuerda (3,6%) o incluso nunca (1,5%). Si bien habrá

que considerar en este grupo la aparición a largo plazo de efectos deletéreos como el remodelado[1], sería recomendable plantear un cambio en las estrategias educativas para intentar identificarlos y mejorar el cumplimiento, ya que son los que tienen mayor riesgo para desarrollar crisis graves[14].

Cuando se intenta determinar el cumplimiento con una encuesta, siempre hay que tener en cuenta el hecho de que el paciente tenga tendencia a minimizarlo para evitar enfrentamientos con su médico. Aunque en las instrucciones para cumplimentar la encuesta siempre se indicaba que era voluntaria y anónima, es difícil cuantificar este efecto. Pero si consideramos que casi el 45% de los pacientes confesaba preocupación por tomar GCI, podríamos especular con que la cifra de incumplimiento real posiblemente sea mucho mayor del 25%.

Si analizamos las creencias sobre los efectos secundarios de los GCI, observamos que, si bien hay un porcentaje elevado de pacientes que dan respuestas correctas, es importante el número de los que piensa que puedan tener efecto de rescate, puesto que el 89% respondieron que provocaban alivio rápido del broncoespasmo y el 83% que aliviaban los síntomas de la crisis. Como se ha comentado, este porcentaje es muy diferente al previamente publicado en un medio socio-cultural diferente el nuestro.

Analizando la tabla 3, puede afirmarse que existe una clara confusión con los efectos secundarios de los glucocorticoides administrados por vía sistémica, siendo el aumento de peso corporal el que ocupa el primer lugar.

A la vista de los resultados del presente estudio, las estrategias educativas deberían modificarse en tres direcciones diferentes. En primer lugar, diferenciar claramente el papel de los desencadenantes y, en particular los alergenos. En segundo lugar reforzar el conocimiento del mecanismo de acción de los GCI como medicación antiinflamatoria y no como medicación de rescate. Por último, separar claramente lo que son efectos secundarios de la corticoterapia por vía sistémica y por vía inhalada.

Si logramos romper estas barreras, posiblemente logremos descender el porcentaje de pacientes a los que les preocupa tomar GCI y, por lo tanto, mejorar el cumplimiento.

TABLA 1
¿QUÉ PROVOCA LOS SÍNTOMAS DE ASMA?

¿Qué provoca los síntomas?	SÍ		NO	
	n	%	n	%
Alergia	109	80,1	27	19,9
Inflamación	117	86,0	19	14,0
Irritantes	58	42,6	78	57,4
Broncoespasmo	63	46,3	73	53,7
Consumo de tabaco	85	62,5	51	37,5
Estrés, ansiedad	60	44,1	76	55,9
Esfuerzo	88	64,7	48	35,3
Cambios del clima	90	66,2	46	33,8
Exposición al polvo	109	80,1	27	19,9

TABLA 2
EFECTOS DE LOS GLUCOCORTICOIDES INHALADOS SOBRE EL ASMA

Efectos	SÍ		NO	
	n	%	n	%
XAlivio rápido del broncoespasmo	121	89,0	15	11,0
√ Reducen la inflamación	114	83,8	22	16,2
√ Previenen las crisis de asma	107	78,7	29	21,3
X Alivio de los síntomas de la crisis	113	83,1	23	16,9
√ Tienen los síntomas bajo control	123	90,4	13	9,6
X Fortalecen el pulmón	49	36,0	87	64,0

El símbolo (√) indica que la respuesta se considera como correcta, mientras que el símbolo (X) considera que la respuesta es errónea a la luz de los conocimientos actuales[1].

TABLA 3
CREENCIAS SOBRE LOS POTENCIALES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS GLUCOCORTICOIDES INHALADOS

"los glucocorticoides inhalados ..."	Verdadero		Me preocupa	
	n	%	n	%
Cada vez necesitaré más dosis	22	16,2	19	14,0
Van perdiendo eficacia con el tiempo	32	23,5	25	18,4
Aumentan el peso corporal	66	48,5	43	31,6
Aumentan la masa muscular	25	18,4	17	12,5
Provocan infecciones	25	18,4	15	11,0
Provocan fragilidad / rotura de los huesos	41	30,1	32	23,5
Detienen el crecimiento	24	17,6	15	11,0
Causan cataratas	16	11,8	13	9,6
Causan diabetes	15	11,0	12	8,8

BIBLIOGRAFÍA

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention. National Institutes of Health. Global Initiative for Asthma. National Heart, Lung and Blood Institute. Publication number 95-3659, actualización 21-11-2003. [consultado 9-12-2003]. Disponible en: http://www.ginasthma.com.
2. Plaza Moral V, Álvárez Gutiérrez FJ, Casan Clarà P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauguer Rosselló MA, et al. Guía Española para el manejo del Asma. Arch Bronconeumol 2003; 39 (Supl 5): 3-42. [consultado 9-12-2003]. Disponible en http://www.gemasma.com.
3. Ignacio García JM, González Santos P. Asthma self-management education program by home monitoring of peak expiratory flow. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 353-359.
4. Entrenas Costa LM. La educación en el manejo del asma. Neumosur 2001; 13: 153-155.
5. Entrenas Costa LM. Tratamiento del asma con corticoides inhalados: mecanismo de acción y efectos secundarios. Arch Bronconeumol 2001; 37 (Supl 3): 20-24.
6. Osma LM, Russell IT, Friend JA, Legge JS, Douglas JG. Predicting patient attitudes to asthma medication. Thorax 1993; 48: 827-830.
7. Grupo de Trabajo de la SEPAR para la práctica de la espirometría en clínica. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. Arch Bronconeumol 1989; 25: 132-142
8. Clark NM, Gong M. Management of chronic disease by practitioners and patients: are we teaching the wrong things?. BMJ 2000; 320: 572-575.
9. Gibson PG, Powell H, Coughlan J, Wilson AJ, Hemnsley MJ, Abramson M, Baumana, Walters EH. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma (Cochrane Review). In: Cochrane Library. Issue 4. 2003. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd. CD 001005.
10. Serra Batlles J, Plaza V, Morejon E, Comella A, Brugues J. Costs of asthma according to the degree of severity. Eur Respir J 1998; 12: 1322-1326.
11. Etzel RA. How environmental exposures influence the development and exacerbation of asthma. Pediatrics 2003; 112: 233-239.
12. Entrenas Costa LM, Cosano Povedano J, León Morente F, Adame Gamero ML, Cosado Povedano A. Medicación de control en el asma: dispositivos, técnicas de inhalación y cumplimiento. Neumosur 1996; 8: 138-145.
13. Sockrider MM, Wolle JM. Helping patients better adhere to treatment regimen. J Respir Dis 1996; 17: 204-216.
14. Morell F. Agudización grave del asma y cumplimiento de la medicación. Med Clin (Barc) 2003; 121: 736-738.