



Remote versus face-to-face check-ups for asthma

Año	Revista	FI	Tema	Autores	Volumen/Páginas
2016	Colaboración Cochrane	6,103	Tratamiento	Kew KM, Cates CJ	Issue 4. Art. No.: CD011715. DOI: 10.1002/14651858.CD011715.pub2

Texto en inglés

BACKGROUND:

Asthma remains a significant cause of avoidable morbidity and mortality. Regular check-ups with a healthcare professional are essential to monitor symptoms and adjust medication. Health services world wide are considering telephone and internet technologies as a way to manage the rising number of people with asthma and other long-term health conditions. This may serve to improve health and reduce the burden on emergency and inpatient services. Remote check-ups may represent an unobtrusive and efficient way of maintaining contact with patients, but it is uncertain whether conducting check-ups in this way is effective or whether it may have unexpected negative consequences.

OBJECTIVES:

To assess the safety and efficacy of conducting asthma check-ups remotely versus usual face-to-face consultations.

SEARCH METHODS:

We identified trials from the Cochrane Airways Review Group Specialised Register (CAGR) up to 24 November 2015. We also searched www.clinicaltrials.gov, the World Health Organization (WHO) trials portal, reference lists of other reviews and contacted trial authors for additional information.

SELECTION CRITERIA:

We included parallel randomised controlled trials (RCTs) of adults or children with asthma that compared remote check-ups conducted using any form of technology versus standard face-to-face consultations. We excluded studies that used automated telehealth interventions that did not include personalised contact with a health

professional. We included studies reported as full-text articles, as abstracts only and unpublished data.

DATA COLLECTION AND ANALYSIS:

Two review authors screened the literature search results and independently extracted risk of bias and numerical data. We resolved any disagreements by consensus, and we contacted study authors for missing information. We analysed dichotomous data as odds ratios (ORs) using study participants as the unit of analysis, and continuous data as mean differences using the random-effects models. We rated all outcomes using the Grading of Recommendations Assessment,

Development and Evaluation (GRADE) approach.

MAIN RESULTS:

Six studies including a total of 2100 participants met the inclusion criteria: we pooled four studies including 792 people in the main efficacy analyses, and presented the results of a cluster implementation study (n = 1213) and an oral steroid tapering study (n = 95) separately. Baseline characteristics relating to asthma severity were variable, but studies generally recruited people with asthma taking regular medications and excluded those with COPD or severe asthma. One study compared the two types of check-up for oral steroid tapering in severe refractory asthma and we assessed it as a separate question. The studies could not be blinded and dropout was high in four of the six studies, which may have biased the results. We could not say whether more people who had a remote check-up needed oral corticosteroids for an asthma exacerbation than those who were seen face-to-face because the confidence intervals (CIs) were very wide (OR 1.74, 95% CI 0.41 to 7.44; 278 participants; one study; low quality evidence). In the face-to-face check-up groups, 21 participants out of 1000 had exacerbations that required oral steroids over three months, compared to 36 (95% CI nine to 139) out of 1000 for the remote check-up group. Exacerbations that needed treatment in the Emergency Department (ED), hospital admission or an unscheduled healthcare visit all happened too infrequently to detect whether remote check-ups are a safe alternative to face-to-face consultations. Serious adverse events were not reported separately from the exacerbation outcomes. There was no difference in asthma control measured by the Asthma Control Questionnaire (ACQ) or in quality of life measured on the Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) between remote and face-to-face check-ups. We could rule out significant harm of remote check-ups for these outcomes but we were less confident because these outcomes are more prone to bias from lack of blinding. The larger implementation study that compared two general practice populations demonstrated that offering telephone check-ups and proactively phoning participants increased the number of people with asthma who received a review. However, we do not know whether the additional participants who had a telephone check-up subsequently benefited in asthma outcomes.

AUTHORS' CONCLUSIONS:

Current randomised evidence does not demonstrate any important differences between face-to-face and remote asthma check-ups in terms of exacerbations, asthma control or quality of life. There is insufficient information to rule out differences in efficacy, or to say whether or not remote asthma check-ups are a safe alternative to being seen face-to-face.

ANTECEDENTES: el asma es una causa significativa de morbilidad y mortalidad evitable. Las revisiones regulares con un profesional sanitario son fundamentales para controlar los síntomas y ajustar la medicación.

Los servicios sanitarios en todo el mundo consideran las tecnologías telefónicas y de Internet como una forma de controlar el número ascendente de pacientes con asma y otros trastornos crónicos. Este hecho puede servir para mejorar la salud y reducir la carga en los Servicios de Urgencias y de hospitalización. La revisión a distancia puede ser una forma discreta y efectiva de mantener el contacto con los pacientes, aunque no se sabe si realizar la revisión de esta forma es efectivo o si puede tener consecuencias negativas inesperadas.

OBJETIVOS: evaluar la seguridad y la eficacia de realizar revisiones de asma a distancia *versus* revisiones habituales de forma presencial.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA: se identificaron ensayos en el registro especializado del Grupo Cochrane de Vías Respiratorias (Cochrane Airways Review Group) (CAGR) hasta el 24 de noviembre de 2015. También se hicieron búsquedas en www.clinicaltrials.gov, en el World Health Organization (WHO) trials portal, en listas de referencias de otras revisiones y se contactó con autores de ensayos para obtener información adicional.

CRITERIOS DE SELECCIÓN: se incluyeron los ensayos controlados aleatorizados (ECA) paralelos en adultos o niños con asma que compararon la revisión a distancia realizada mediante cualquier forma de tecnología versus consultas presenciales estándar. Se excluyeron los estudios que utilizaron intervenciones automatizadas de telesalud que no incluyeron el contacto personalizado con un profesional sanitario. Se incluyeron los estudios que se informaron como texto completo, los publicados solamente como resúmenes y los datos no publicados.

OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS: dos autores de la revisión analizaron los resultados de la búsqueda en la literatura y extrajeron de forma independiente el riesgo de sesgo y datos numéricos. Los desacuerdos se resolvieron mediante consenso, y se estableció contacto con los autores de los estudios para obtener la información que pudiera faltar. Los datos dicotómicos se analizaron como *odds ratios* (OR), los participantes del estudio se utilizaron como la unidad de análisis y los datos continuos se analizaron como diferencias de medias con el uso de los modelos de efectos aleatorios. Todos los resultados se calificaron mediante el enfoque Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE).

RESULTADOS PRINCIPALES: seis estudios, con un total de 2.100 participantes, cumplieron los criterios de inclusión: se agruparon cuatro estudios que incluyeron 792 pacientes en los principales análisis de eficacia, y se presentaron por separado los resultados de un estudio de implementación grupal ($n = 1.213$) y un estudio de reducción de la dosis de glucocorticoides orales ($n = 95$). Las características iniciales con respecto a la gravedad del asma fueron variables, aunque generalmente los

estudios incluyeron a pacientes con asma que recibían medicación de forma regular y excluyeron a los que presentaban EPOC o asma grave. Un estudio comparó los dos tipos de revisión para la reducción de la dosis de glucocorticoides orales en pacientes con asma grave resistente al tratamiento, lo que se evaluó como una pregunta por separado. Por sus características, no fue posible conseguir el ciego de los estudios y los abandonos fueron altos en cuatro de los seis estudios, lo que puede haber sesgado los resultados.

No fue posible establecer si varió la necesidad de glucocorticoides orales por una exacerbación del asma en la comparación de los dos grupos de consulta a distancia vs. consulta presencial debido a que los intervalos de confianza (IC) fueron muy amplios (OR 1,74; IC del 95 %: 0,41 a 7,44; 278 participantes; un estudio; pruebas de baja calidad). En los grupos de revisión presencial, 21 participantes de 1.000 tuvieron exacerbaciones que requirieron glucocorticoides orales durante tres meses, en comparación con 36 (IC del 95 %: 9 a 139) de 1.000 en el grupo de revisión a distancia. Las exacerbaciones que necesitaron tratamiento en el Departamento de Urgencias (DU), ingreso hospitalario o una visita no programada a un centro de asistencia sanitaria sucedieron con escasa frecuencia, lo que limitó las conclusiones sobre si las revisiones a distancia son una opción segura con respecto a las consultas presenciales. Los acontecimientos adversos graves no se informaron por separado de los resultados sobre las exacerbaciones. No hubo diferencias en el control del asma medido con el Asthma Control Questionnaire (ACQ) ni en la calidad de vida medida con el Asthma Quality of Life Questionnaire (AQLQ) entre la revisión a distancia y la presencial. Se descartaron efectos adversos significativos de la revisión a distancia para estos resultados, aunque la seguridad para hacerlo fue menor debido a que estos resultados son más propensos al sesgo causado por la falta del ciego.

El estudio mayor, que comparó dos poblaciones de la práctica general, demostró que el hecho de ofrecer revisiones telefónicas y llamar por teléfono a los participantes proactivamente aumentó el número de pacientes con asma que se examinaron. Sin embargo, no se sabe si los participantes adicionales que tuvieron una revisión telefónica se beneficiaron posteriormente en cuanto a los resultados en salud relacionados con el asma.

CONCLUSIONES DE LOS AUTORES: las pruebas actuales de los ensayos aleatorizados no demuestran diferencias importantes entre la revisión del asma presencial y a distancia en cuanto a su influencia sobre las exacerbaciones, el control del asma o la calidad de vida. No hay información suficiente para descartar diferencias en la eficacia, o para establecer si las revisiones del asma a distancia son una opción segura con respecto a las consultas presenciales.

Comentario del autor (Dr. Miguel Ángel Lobo Álvarez)

Las tecnologías de comunicación actuales permiten realizar cada vez mayor número de actividades relacionadas con la práctica médica asistencial. Hoy día es posible realizar diversas técnicas diagnósticas a distancia. También son muy útiles los programas de asesoramiento virtual de equipos quirúrgicos o de especialistas en técnicas invasivas por expertos en sus respectivas materias. En este contexto, no podía faltar la posibilidad de realizar consultas a distancia a grupos específicos de pacientes crónicos. Entre estos grupos, se ha considerado el desarrollo de estos procedimientos en pacientes con asma. La consulta de seguimiento del paciente asmático estable consiste esencialmente en una anamnesis dirigida en la que se pregunta a dicho paciente sobre sus síntomas, su capacidad funcional, su calidad de vida y el uso de los fármacos prescritos y los efectos adversos de los mismos.

Los autores de este metanálisis han buscado ensayos en los que se comparasen visitas de seguimiento presenciales frente a visitas a distancia, con diferentes técnicas, pero siempre con la atención de algún profesional sanitario. Los participantes en los estudios seleccionados eran asmáticos leves o moderados. Se evaluaron variables como las exacerbaciones, los ingresos o las consultas no programadas o el uso de glucocorticoides orales ligado a las mismas, el grado de control del asma, medido mediante cuestionarios específicos y de calidad de vida y, en un estudio de los 6 elegidos, se evaluó al mismo tiempo la reducción de dosis de glucocorticoides orales en pacientes con mal control.

Los resultados del metanálisis no permitieron encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las dos modalidades de consulta estudiadas. Como suele ocurrir, los autores atribuyeron esta falta de diferencia a la heterogeneidad de las variables recogidas y a la escasez de la muestra (2.100, de los que solo 792 aportaron resultados en los principales análisis de eficiencia). No obstante, también es posible atribuir estos resultados a la utilidad de las consultas a distancia que, a falta de estudios más concluyentes, podrían suponer una alternativa válida a las consultas presenciales convencionales, especialmente en casos de pacientes con dificultades de movilidad, por razones físicas (discapacidad) o sociales (gran distancia del domicilio al centro sanitario), o con dificultades laborales u ocupacionales que impidan el desplazamiento a las consultas presenciales. Clásicamente se ha considerado por parte de los profesionales y de las autoridades sanitarias que, puesto que es el paciente el que más se beneficia de la relación que se establece en las consultas asistenciales, debe ser éste el que se tome la molestia de solicitar la cita y de acudir a la misma en el centro sanitario correspondiente. Los resultados de diversos estudios sobre el uso de los recursos sanitarios de los ciudadanos en diferentes circunstancias y sobre la

cumplimentación de los regímenes terapéuticos prescritos han conducido a abandonar este enfoque, de manera que, evitando posiciones paternalistas, se realice una oferta más dinámica y adaptada a las necesidades y circunstancias de los pacientes. Cada vez es más evidente que los pacientes de enfermedades crónicas que más se pueden beneficiar de un seguimiento y control de su enfermedad son aquellos con una menor gravedad de sus síntomas, y son estos los que con más frecuencia faltan a las visitas en las que debería efectuarse ese control y seguimiento. Una de las medidas que pueden utilizarse para evitar este problema es el empleo de consultas a distancia, mediante aplicaciones *online* supervisadas por profesionales sanitarios o a través del propio teléfono. En este sentido, alguno de los estudios analizados ha explorado el recurso de llamar proactivamente a los pacientes para establecer o concertar las visitas, demostrando su utilidad en cuanto al número de pacientes reclutados.