

Año	Revista	FI	Tema	Autores	Volumen/Páginas
2021	Am J Respir Crit Care Med	21,405	Tratamiento	Suehs CM, Menzies-Gow A, Price D, Bleecker ER, Canonica GW, Gurnell M, et al.	203(7):871-81.

Texto en inglés

Rationale: There is a need to minimize oral corticosteroid (OCS) use in patients with asthma to prevent their costly and burdensome adverse effects. Current guidelines do not provide recommendations for OCS tapering in patients with asthma.

Objectives: To develop expert consensus on OCS tapering among international experts.

Methods: A modified Delphi method was used to develop expert consensus statements relating to OCS use, tapering, adverse effects, adrenal insufficiency, and patient-physician shared decision-making. Initial statements proposed by experts were categorized, filtered for repetition, and presented back to experts over three ranking rounds to obtain consensus ($\geq 70\%$ agreement).

Measurements and Main Results: One hundred thirty-one international experts participated in the study, and 296 statements were ranked. Numerous recommendations and guidance regarding appropriate OCS use were established. Experts agreed that OCS tapering should be attempted in all patients with asthma receiving maintenance OCS therapy, with personalization of tapering rhythm and speed. The importance of recognizing individual adverse effects was also established; however, a unified approach to the assessment of adrenal insufficiency was not reached. Shared decision-making was considered an important goal during the tapering process.

Conclusions: In this Delphi study, expert consensus statements were generated on OCS use, tapering, adverse-effect screening, and shared decision-making, which may be used to inform clinical practice. Areas of nonconsensus were identified, highlighting uncertainty among the experts around some aspects of OCS use in asthma, such as adrenal insufficiency, which underscores the need for further research in these domains.

Consenso de expertos sobre la reducción gradual de glucocorticoides orales para el tratamiento del asma. Un estudio Delphi

Justificación. Es necesario minimizar el uso de glucocorticoides orales (GCO) en pacientes con asma para prevenir sus costosos y graves efectos adversos. Las pautas actuales no proporcionan

recomendaciones para la reducción gradual de los GCO en pacientes con asma.

Objetivos. Desarrollar un consenso de expertos sobre la reducción gradual de los GCO entre los expertos internacionales.

Métodos. Se utilizó un método Delphi modificado para desarrollar declaraciones de consenso de expertos relacionadas con el uso de GCO, reducción gradual, insuficiencia suprarrenal y toma de decisiones compartida médico-paciente. Las declaraciones iniciales propuestas por los expertos fueron categorizadas, filtradas para su repetición y presentadas a los expertos en tres rondas de clasificación para obtener consenso (≥ 70 % de acuerdo).

Mediciones y resultados principales. Participaron del estudio 131 expertos internacionales y se clasificaron 296 declaraciones. Se establecieron numerosas recomendaciones y guías con respecto al uso apropiado de GCO. Los expertos estuvieron de acuerdo en que se debe intentar la reducción gradual de los GCO en todos los pacientes con asma que reciben terapia de mantenimiento con GCO, con personalización del ritmo y de la velocidad de la reducción gradual. También se estableció la importancia de reconocer los efectos adversos individuales; sin embargo, no se alcanzó un enfoque unificado para la evaluación de la insuficiencia suprarrenal. La toma de decisiones compartida se consideró un objetivo importante durante el proceso de puesta a punto.

Conclusiones. En este estudio Delphi, se generaron declaraciones de consenso de expertos sobre el uso de GCO, la reducción gradual, el cribado de efectos adversos y la toma de decisiones compartida, que pueden utilizarse en la práctica clínica. Se identificaron áreas de no consenso, destacando la incertidumbre entre los expertos en torno a algunos aspectos del uso de GCO en el asma, como la insuficiencia suprarrenal, lo que subraya la necesidad de realizar más investigaciones en esta área.

Comentario del autor (Dra. Astrid Crespo Lessmann)

El tratamiento con glucocorticoides orales (GCO) para el asma se asocia con costosos y numerosos efectos secundarios y comorbilidades. El creciente número de tratamientos biológicos para el asma fomentan nuevas oportunidades para la reducción del uso de GCO. Actualmente faltan guías basadas en la evidencia científica para recomendar la retirada del tratamiento glucocorticoideo en los pacientes con asma.

Este trabajo agrupó a un grupo de expertos quienes, a través del método Delphi, generaron un consenso de alta calidad sobre el uso y reducción de los GCO. También se proponen declaraciones sobre el desarrollo de un algoritmo de reducción gradual de GCO (ver tabla I), así como una lista mínima de detección de eventos adversos de los GCO. Poco consenso fue logrado en relación con la evaluación y el tratamiento de la insuficiencia suprarrenal y finalmente los autores expertos apoyan firmemente la toma de decisiones de forma compartida.

Dentro de las afirmaciones más importantes destacan:

1. El objetivo debe ser no utilizar GCO. No obstante, cuando sea necesario, la dosis y la duración deben ser minimizadas.
2. De 5 a 7 días constituye la duración máxima habitual para un ciclo corto de GCO para el tratamiento de una exacerbación y la dosis óptima debe ser de 0,5 mg/kg/día.
3. El uso de GCO de mantenimiento solo se considera apropiado en pacientes con asma grave no controlada a pesar de la optimización del tratamiento (STEP 5 de la GINA), o cuando se presentan efectos adversos que no pueden ser manejados por otro

tratamiento.

4. Los expertos consideraron que ≤ 5 mg/día de prednisolona puede ser una dosis aceptable para el tratamiento de mantenimiento, pero que el ritmo de reducción requiere de la individualización del paciente.
5. Una dosis anual acumulativa de 0,5 o 1 g de equivalentes de prednisolona es indicativo de un mal control del asma.

Tabla I. Declaraciones del consenso sobre el desarrollo de un algoritmo de reducción gradual de GCO.

Consenso positivo	Controversias
La reducción inicial de dosis altas de GCO (por ejemplo, > 20 mg/día) puede realizarse a un ritmo más rápido (10 mg/semana o del 30 al 50 % cada 2 a 4 semanas)	La velocidad de reducción no debe exceder los 5 mg/semana
La reducción gradual sería de 2,5 a 5 mg cada 0,5 a 2 semanas hasta que se alcance el umbral (por ejemplo, 5 a 10 mg/día) y luego avanzar a un ritmo más lento (1 a 2,5 mg cada 1-2 semanas)	Las reducciones de GCO deben incorporar esquemas de días que permitan la recuperación del eje endógeno
Cuando falla una reducción de los de 5 mg semanales, una reducción más lenta y más baja debe intentarse (1 mg/semana)	La reducción gradual de GCO debe ser en un 30-50 % cada 2 a 4 semanas
Si se presentan síntomas leves, mantenga la dosis actual; es probable que se resuelvan como ocurre de forma endógena con la recuperación del eje	
Si se presentan síntomas intolerables, vuelva a la dosis anterior (eficaz) y luego más adelante considere volver a intentar la reducción a un ritmo más lento	