



## EVIDENCIAS EN PEDIATRIA

**Toma de decisiones clínicas basadas en las mejores pruebas científicas**

**La formación del personal sanitario de atención primaria en el manejo de una guía nacional sobre el asma mejoró la adherencia a la guía, la prescripción farmacológica y disminuyó las urgencias e ingresos hospitalarios.**

Martín Muñoz P, Fernández Rodríguez M. Evid Pediatr. 2005; 1: 6

Este artículo fue publicado el 1 de Diciembre de 2005

La versión electrónica de este artículo así como información sobre la revista se encuentran disponibles en <http://www.aepap.org/EvidPediatr/index.htm>

EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005. Todos los derechos reservados



**Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria**

Al cuidado de la infancia y la adolescencia



## La formación del personal sanitario de atención primaria en el manejo de una guía nacional sobre el asma mejoró la adherencia a la guía, la prescripción farmacológica y disminuyó las urgencias e ingresos hospitalarios.

Pedro Martín Muñoz Consultorio de Palmete. ZB La Plata. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. pedromartinm@telefonica.net  
Mercedes Fernández Rodríguez Centro de salud Potes (Madrid). IMSALUD. Mer763@hotmail.com

### Referencia bibliográfica:

Cloutier MM, Hall ChB, Wakefield DB, Bailit H. Use of asthma guidelines by primary care providers to reduce hospitalizations and emergency department visits in poor, minority, urban children. *J Pediatr.* 2005; 146: 591-7.

### Resumen estructurado:

**Objetivo:** conocer si un programa de entrenamiento en el uso de una guía de práctica clínica (GPC) sobre asma aumenta la adherencia a la misma en atención primaria y disminuye el número de hospitalizaciones y consultas.

**Diseño:** ensayo comunitario no aleatorizado con control histórico realizado durante cuatro años.

**Emplazamiento:** seis clínicas de atención primaria situadas en el Estado de Connecticut (EEUU), de las cuales dos son universitarias y cuatro docentes en pediatría o medicina de familia, que atienden aproximadamente al 85 % de los niños de la ciudad.

**Población de estudio:** pacientes de 6 meses a 18 años de edad atendidos por cualquier problema de salud en una de las clínicas. El único criterio de exclusión fue la edad.

De los 9.339 examinados en el periodo descrito, 8.324 constituyeron la población de estudio; de

estos, 3.748 fueron diagnosticados de asma (el 48% de ellos de asma persistente).

**Intervención:** el personal sanitario fue entrenado previamente en el manejo de la guía. Los padres de los participantes respondieron un cuestionario que, junto a los datos clínicos, sirvió para valorar si su hijo tenía asma. Si cumplían los criterios diagnósticos de asma (más de dos episodios de sibilancias, tos o falta de respiración frente a desencadenantes de asma y exclusión de otras enfermedades) se clasificaba la intensidad del asma y se elegía el plan de tratamiento según la guía. Por último, se realizó un plan de terapéutico por escrito que también se entregó a los padres.

**Medición del resultado:** se compararon los datos históricos del año 1997-1998 con los datos obtenidos tras la implantación del programa a lo largo del periodo 1998-2002. También se compararon los niños que han entrado en el programa con los que todavía no han sido incluidos en el estudio. Los datos demográficos basales se obtuvieron a través del censo, y los registros previos al inicio del estudio se recogieron del sistema de salud (Medicaid -S\_CHIP). Los datos de prescripción de asma se identificaron a través de los códigos nacionales de fármacos.

Se compararon las tasas por niño-año de consumo de corticoides inhalados (CEI) y los datos de

asistencia sanitaria (hospitalización, visitas a urgencias y consultas ambulatorias) durante el año previo al estudio frente a los datos obtenidos durante el periodo de seguimiento.

**Resultados principales:** se constató un incremento del 25% en el uso de CEI después de efectuada la intervención. Por categorías de enfermedad, en el asma intermitente existió un aumento en el uso de CEI [tasa relativa (TR): 2,5; intervalo de confianza del 95% (IC 95%): 1,8- 3,6];  $p < 0,001$ ] y un descenso en el uso de broncodilatadores (BD): TR: 0,8, IC 95%: 0,7-0,9;  $p < 0,001$ . En el asma persistente también aumentó la prescripción de CEI: TR 1,1, IC 95%: 1,03-1,3;  $p < 0,01$  y descendió el uso de BD (TR: 0,8, IC 95%: 0,7-0,9;  $p < 0,001$ ).

Respecto a la adherencia a la guía, hubo un 96% de seguimiento de las pautas para el tratamiento del asma persistente frente al 38% inicial. Los antiinflamatorios empleados antes de la intervención eran cromonas en un 50% de los casos, pasando a ser CEI en un 85% después de la misma. Comparando con los datos basales, la tasa de hospitalización por asma en estos niños descendió un 35% ( $p < 0,006$ ) de forma mantenida durante el estudio; las visitas a urgencias descendieron un 27% ( $p < 0,01$ ). Las consultas ambulatorias descendieron de forma global un 19% ( $p < 0,0001$ ) siendo de un 22% ( $p < 0,0001$ ) para el asma intermitente y de un 18% ( $p < 0,0001$ ) para el asma persistente.

**Conclusión:** el entrenamiento en el manejo de una GPC nacional sobre el asma mejoró la adherencia a la misma, disminuyó las consultas e ingresos hospitalarios, incrementó el uso de CEI y disminuyó el empleo de BD.

### **Comentario crítico:**

**Justificación:** la mayoría de las GPC sobre asma recomiendan la utilización de intervenciones multifacéticas para el control de estos pacientes. Sin embargo, los profesionales de atención primaria no siempre las utilizan.

**Validez o rigor científico:** aunque los resultados de mejora de la adherencia a la GPC y disminución del consumo de recursos sanitarios de este trabajo concuerdan con otros estudios<sup>1</sup>, no se proporcionan los IC 95% de ambos valores y tampoco queda claro en qué porcentaje influyen los diferentes componentes de la intervención (formación del médico, adecuado diagnóstico y clasificación de los pacientes, elección del tratamiento apropiado, sesiones educativas, plan escrito personalizado entregado a los padres).

La muestra escogida, aunque grande (aproximadamente un tercio de la población susceptible), no fue aleatorizada, y niños en principio elegibles fueron rechazados por diferentes motivos (falta de tiempo en la consulta, patologías concomitantes, etc), con la consiguiente probabilidad de sesgo que ello representa. Los médicos participantes en el programa de entrenamiento también increparon la prescripción de CEI (10%) en los niños del grupo control, hecho que igualmente hay que tener en cuenta al valorar los resultados.

**Relevancia clínica:** las conclusiones de este trabajo apuntan en la misma dirección que estudios anteriores, al propugnar una atención integral del paciente asmático y su familia, incidiendo en la importancia del aspecto formativo de los profesionales. Los resultados son muy prometedores respecto a la utilidad del entrena-

miento específico del personal sanitario en el manejo de una GPC, y la mejora en la práctica clínica observada repercutió en todos los pacientes (incluidos o no en el estudio). Se afianza, pues, la necesidad de que los profesionales conozcan y sigan las recomendaciones actuales de las guías de práctica clínica<sup>2</sup>.

Respecto al incremento del uso de CEI, éste es considerable (un 25%) aunque no se proporcionan los IC 95% ni su uso en las distintas categorías de asma. En las tasas del incremento del consumo de CEI destaca un mayor incremento en el grupo de asma intermitente que podría reflejar un asma que deba ser clasificado en el grupo de persistente; en ambos grupos el descenso en el uso de BD apoya un mejor control del asma.

**Aplicabilidad:** la población estudiada es representativa de un área urbana con un nivel socioeconómico bajo y unas características étnicas concretas (hispanos y afro-americanos fundamentalmente), lo que puede disminuir su aplicabilidad en nuestro medio. Serían necesarios nuevos estudios, que permitan determinar la contribución de la educación sobre el asma<sup>3</sup>, la existencia de un plan por escrito de autocuidado<sup>4</sup>, el tratamiento farmacológico y las revisiones regulares en los efectos beneficiosos conocidos de un programa exhaustivo de atención del asma.

#### **Bibliografía:**

1. Moonie SA, Strunk RC, Crocker S, Curtis V, Schechtman K, Castro M. Community Asthma Program improves appropriate prescribing in moderate to severe asthma. *J Asthma*. 2005; 42: 281-9
2. Thomas L, Cullum N, McColl E, Rousseau N, Soutter J, Steen N. Guías para las profesiones

relacionadas con la medicina (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [en línea] [consultado: 22-X-2005]. Disponible en: <http://212.49.218.200/newgenClibPlus/pdf/CD000349-ES.pdf>

3. Wolf FM, Guevara JP, Grum CM, Clark NM, Cates CJ. Intervenciones educativas para el asma infantil (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [en línea][consultado: 22-X-2005]. Disponible en: <http://212.49.218.200/newgenClibPlus/pdf/CD000326-ES.pdf>

4. Toelle BG, Ram FSF. Planes de tratamiento personalizados escritos para el asma en niños y adultos (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> [en línea] [consultado: 22-X-2005]. Disponible en: <http://212.49.218.200/newgenClibPlus/pdf/CD002171-ES.pdf>