Descargado el: 22-10-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

Adherencia a la guía de buenas prácticas clínicas de asma bronquial en consulta de alergia

Adherence to the Clinical Good Practical Guide of Bronchial Asthma in the Allergy Consultation

Marisela Pérez Pacaréu[1] Rafael Zamora Puerta[1] Magalys Olivares Elegia[1] Rosa Naranjo Revollido[1]

[1] Hospital Provincial Universitario " Dr. Gustavo Aldereguía Lima ", Cienfuegos, Cienfuegos, Cuba, CP: 55100

Cómo citar este artículo:
Pérez-Pacaréu M, Zamora-Puerta R, Olivares-Elegia M, Naranjo-Revollido R. Adherencia a la guía de buenas prácticas clínicas de asma bronquial en consulta de alergia. **Medisur** [revista en Internet]. 2008 [citado 2026 Oct 22]; 5(2):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/269

Resumen

Fundamento: El asma bronquial constituye una enfermedad de alta prevalencia que alcanza alrededor del 10 % en nuestro medio, por lo que es muy importante evaluar su manejo clínico. Las guías de buenas prácticas clínicas constituyen un conjunto de orientaciones que pautan la atención médica, basadas en lo que se considera como las mejores opciones de diagnóstico y tratamiento.
Objetivo: Determinar la adherencia del personal médico especializado a la guía de buenas prácticas clínicas en el diagnóstico y tratamiento del asma bronquial intercrisis en pacientes tratados de manera ambulatoria.
Métodos: Estudio descriptivo realizado en el hospital ¨Dr. Gustavo Aldereguía Lima¨ de Cienfuegos, donde fueron evaluadas 300 historias clínicas alergológicas de pacientes que asistieron a la consulta externa, durante el período de noviembre del 2001 a junio del 2005. Se aplicó un formulario de preguntas para verificar el grado de cumplimiento general y parcial de la guía.
Resultados: Los principales errores detectados en la adherencia parcial fueron: No evaluar al asmático según los criterios de alto riesgo (90 % de adherencia parcial) y falta de valoración de los pacientes de alto riesgo asmático en la consulta multidisciplinaria, en que solamente el 70 % se adhiere a la guía.
Conclusiones: La adherencia general a la guía fue de un 100 %, con resultados altamente significativos y con una evaluación satisfactoria.

Palabras clave: asma, pautas prácticas

Abstract

Background: Bronchial asthma constitutes a high prevalence disease which gets the 10 % of our milieu. That's why it is very important to assess its clinical management. The clinical good practice guide constitutes a group of orientations which outline the medical assistance based on what is considered as the best options for treatment and diagnosis.
Objective: to determine the adherence of the medical personnel specialized on the clinical good practical guide in the diagnosis and treatment of intercrisis bronchial asthma in ambulatory patients.
Methods: A descriptive study was performed at the University Hospital ¨Dr. Gustavo Aldereguía Lima¨ in Cienfuegos city where 300 clinical records of allergic patients attending consultation during November 2001 to December 2005 were assessed. The questionnaire was applied to verify the level of general and partial fulfilment of the guide.
Results: The main errors detected in the partial adherence were: Not to evaluate the asthmatic patient according to the criteria of high risk (90 % of partial adherence) and lack of assessment of the patients of asthmatic high risk in the multidisciplinary consultation in which only the 70 % is adherenced to the guide.
Conclusions: The general adherence to the guide was of 100% with highly significant results and a satisfactory evaluation.

Key words: practice guidelines, asthma

Aprobado:

Correspondencia: Marisela Pérez Pacaréu. marisela@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es un problema global de salud, que afecta a todas las edades y a todos los países; puede ser severa y a veces fatal. Internacionalmente es considerada, de modo general, como una afección frecuente. Las cifras sobre prevalencia de asma varían mucho de un país a otro. Algunas investigaciones realizadas en Cuba han reflejado una prevalencia en la población de 8,2 %, con una indicación de que la frecuencia, severidad y mortalidad han aumentado en los últimos años, y que la prevalencia actual se aproxima al 10 %.[1-3] La tendencia en el mundo es hacia un aumento progresivo del asma.[4-6]

En nuestros días, existe un interés cada vez más creciente por la aplicación de guías de procedimientos para la atención de dicha enfermedad y porque existan guías para el manejo de la enfermedad en los periodos de status asmático, crisis y períodos de intercrisis.[7-9]

En el mundo, a partir de 1993 la OMS y la Sociedad Mundial de Alergia iniciaron los trabajos para la estrategia en el manejo y prevención del asma bronquial y un comprensivo plan de manejo del asma en forma de guías dirigidas a reducir la morbilidad y mortalidad por esta enfermedad.

En nuestro Servicio de Alergia está protocolizada una guía para la atención del asma bronquial inter crisis, basada en las mejores evidencias en el mundo y según los criterios de la Comisión Nacional de Asma y la Atención Primaria de Salud (APS) en nuestro país.[10-12]

Es nuestro objetivo determinar la adherencia del personal médico especializado a la guía de buenas prácticas clínicas en el diagnóstico y tratamiento del asma bronquial intercrisis en pacientes tratados de manera ambulatoria.

MÉTODOS

Estudio descriptivo en el que se evaluaron las historias clínicas de los pacientes asmáticos severos que asistieron a la consulta externa del Servicio de Alergia del Hospital Provincial Universitario “Dr. Gustavo Aldereguía Lima” de Cienfuegos, durante el periodo comprendido entre noviembre del 2001 y junio del 2005.

Se evaluaron 300 historias clínicas seleccionadas por el método de muestreo al azar simple. Fueron excluidas las historias clínicas de los pacientes considerados con padecimiento de asma bronquial de mecanismo no alérgico (asma intrínseca), por tener otros criterios de tratamiento que no se tomaron en cuenta en las preguntas escogidas, y las embarazadas, por ser un grupo poblacional que se remite a la atención del clínico en la consulta de alto riesgo obstétrico.

Se confeccionó una encuesta que contenía los datos generales de los pacientes y un formulario de preguntas para verificar el grado de cumplimiento de la guía para el diagnóstico y tratamiento del asma bronquial (Anexo No. 1)

Las preguntas se conformaron en:

Preguntas básicas: Preguntas indispensables para cumplimentar la guía. Cuando resultó negativa alguna respuesta, la historia clínica se excluyó de la muestra de estudio.

Preguntas complementarias y preguntas específicas, a cada una de las cuales se le asignó un total de puntos, hasta la suma de 100.

En la evaluación del instructivo, se podían presentar preguntas con respuestas positivas, negativas o parciales. Los resultados se evaluaron mediante una escala de valores:

Excelente: Cuando la calificación obtenida en el instructivo de evaluación fue de 90 a 100 puntos.

Notable: Cuando la calificación obtenida en el instructivo de evaluación fue de 80 a 89 puntos.

Aceptable: Cuando la calificación obtenida en el instructivo de evaluación fue de 70 a 79 puntos.

Deficiente: Cuando la calificación obtenida en el instructivo de evaluación fue de menos de 70 puntos.

Los resultados se expresan en porcentaje y en el caso de las variables cuantitativas se emplearon como medida de tendencia central la media aritmética y para conocer la variabilidad la desviación estándar.

RESULTADOS

Fueron evaluadas 300 historias clínicas. Predominó el sexo femenino en 255 pacientes para un 85 %.

La edad de los pacientes osciló en un intervalo

de 15 a 75 años, con una edad promedio de 43,7 (14,8) años, superior en el sexo masculino con una edad promedio de 46,6 (19,5), en relación al sexo femenino con una edad promedio de 43,0 (13,6).

Según las preguntas básicas, no se presentó dificultad en ninguna de ellas. La guía se cumplimentó en el 100 % de los casos.

Según las preguntas complementarias, se presentó dificultad en las siguientes:

Pregunta 1. ¿Se consideró el cumplimiento de las medidas de desalergización en el tratamiento?.
En 6 HCL no se reflejó el cumplimiento de esa pregunta para un 2 %. En 294 HCL se cumplimentó esa pregunta para un 98 %.

Pregunta 2. ¿Se evaluaron los criterios de alto riesgo asmático?.
En 30 HCL no se cumplimentó esa pregunta para un 10 %.
En 270 HCL se cumplimentó esa pregunta para un 90 %.

Pregunta 3. ¿Se valoró en consulta multidisciplinaria al paciente de alto riesgo asmático?.
En 90 HCL no se cumplimentó esa pregunta para un 30 %.
En 210 HCL se cumplimentó esa pregunta para un 70 %.

Pregunta 4. ¿Se evaluó el pronóstico en concordancia con el cuadro clínico y la prueba funcional respiratoria?.
En 15 HCL no se cumplimentó esa pregunta para un 5 %.
En 285 HCL se cumplimentó esa pregunta para un 95 %.

Pregunta 5. ¿Dentro de la terapéutica se consideró la indicación de medicina alternativa?.
En 25 HCL no se cumplimentó esa pregunta para un 8 %.
En 275 HCL se cumplimentó esa pregunta para un 91,6 %.

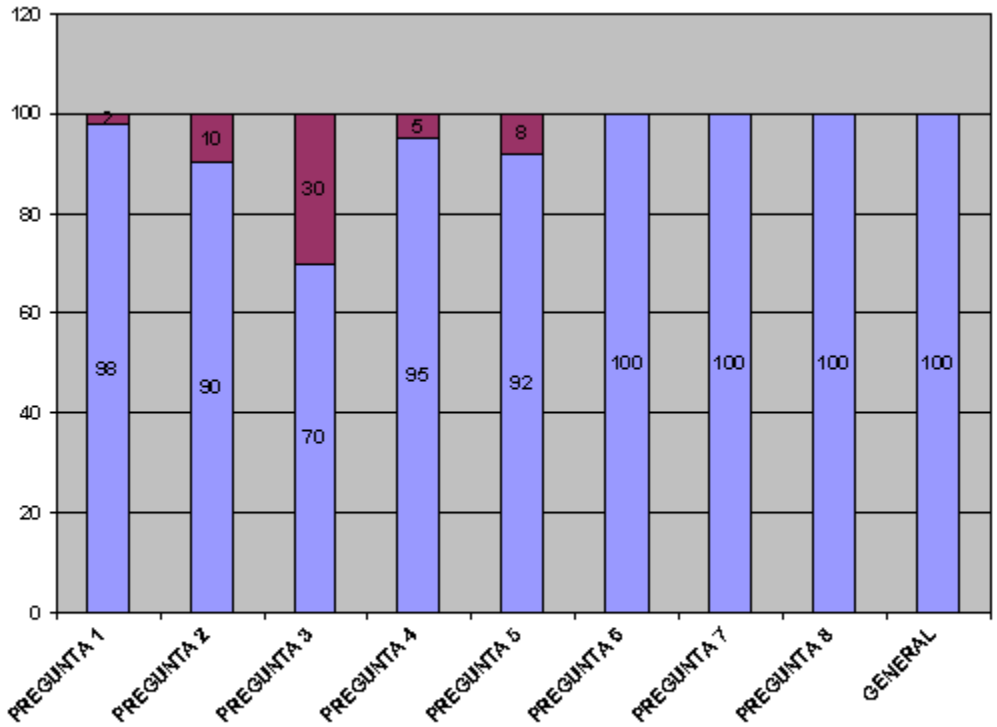

Gráfico No. 1. Distribución porcentual según cumplimiento parcial

En lo referente a la evaluación general del instructivo comprobamos que fueron evaluadas de excelente 255 HCL para un 85 %, de notable 45 HCL para un 15 %. (Gráfico 2)

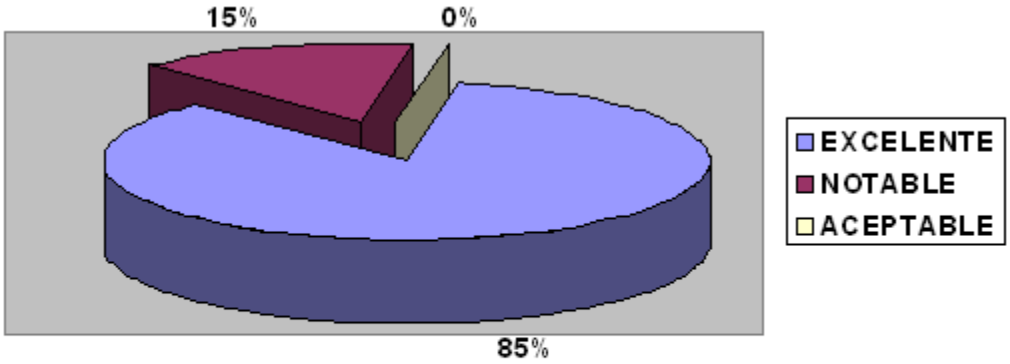

Gráfico No. 2. Distribución porcentual de la evaluación general

DISCUSIÓN

En las características de los pacientes en el estudio predominó el sexo femenino y los grupos de edad entre 25 a 54 años como es común ver en esta entidad.

La adherencia a la GBPC con respecto a las preguntas básicas en general se cumplimentó en el 100 % de las historias clínicas.

En la adherencia a la GBPC con respecto a las preguntas complementarias, es decir, la adherencia parcial, observamos que, en prácticamente todas las historias clínicas, aparece reflejada la educación del médico hacia el enfermo sobre las medidas de control ambiental, respondiendo a la pregunta referida al cumplimiento de las medidas de desalergización en el tratamiento, lo que nos refleja la sistematicidad en la aplicación de los pilares de tratamiento por parte del especialista.[13,14]

Valorando la pregunta 2 sobre la evaluación de los criterios de alto riesgo asmático consideramos que un 10 % de incumplimiento resulta alto, si entendemos que es fundamental, cuando se trabaja con pacientes asmáticos, tener en consideración los criterios de riesgo del paciente según el grado de severidad y sus complicaciones, pues de ello dependerá el ajuste del tratamiento que se le impondrá a este.[10-14]

Otra premisa importante y que nos ha dado resultados en nuestro medio y en otros servicios del país es lo referente a la pregunta 3 sobre si se valoró en consulta multidisciplinaria al paciente de alto riesgo asmático, ya que la consulta multidisciplinaria representa la evaluación colegiada del enfermo por el alergista, neumólogo, inmunólogo, fisiatra y psicólogo. En este caso comprobamos un 30 % de incumplimiento; inferimos que motivado, en primer lugar, porque la oferta de turnos para la consulta es menor a la demanda, lo que, está claro, puede ser corregido; y, en segundo lugar, por la inasistencia a dicha consulta, de un grupo de pacientes que, a pesar de ser citados, no acudieron a la misma. Este aspecto nos sugiere la necesidad indispensable de trabajar siempre y ante todo en la educación del paciente asmático a cualquier nivel de extensión.[13,14]

Relacionado con todo esto está la pregunta 4 sobre la valoración del pronóstico en concordancia con el cuadro clínico y la prueba funcional respiratoria, en la que podemos considerar que, aunque un 5 % es un rango bajo de incumplimiento, se sabe la importancia que tiene el análisis de los parámetros ventilatorios

no solamente en el pronóstico, evaluando su grado de severidad, sino además en el tratamiento médico que se va a imponer, más teniendo en consideración que la clasificación vigente del asma bronquial del consenso de expertos evalúa al asmático según su flujo espiratorio para normar una pauta de tratamiento.[10,12]

Por otra parte en nuestros días ha cobrado vigencia la aplicación de la medicina natural y tradicional como modalidad, más en la ayuda terapéutica y de rehabilitación en nuestros pacientes asmáticos, de ahí que en la pregunta 5 ¿Dentro de la terapéutica se consideró la indicación de medicina alternativa? consideramos que un incumplimiento del 8 % sea adecuado en este sentido.

Por último aunque la evaluación general del instructivo fue de excelente en un 85 %, que consideramos está en un rango muy aceptable, debemos mejorar el cumplimiento de lo establecido en las guías de buenas prácticas clínicas para el asma bronquial en la consulta de alergia, en especial los acápites en los cuales sabemos que estamos evaluando a pacientes asmáticos severos con los que el proceder debe ser de excelencia, sin embargo no debemos dejar de exponer en relación a esto que este trabajo justifica una revisión del instructivo y un mejoramiento en la calidad del mismo.

ANEXO # 1

SERVICIO DE ALERGIA

INSTRUCTIVO DE EVALUACIÓN BPC ASMA BRONQUIAL

Paciente:_____ **Sexo:**_____ **Edad:**_____

HCL:_____

PREGUNTAS BÁSICAS	SÍ	NO
A) Se clasifica el grado de severidad del asma bronquial		
A) Existe concordancia con el tratamiento impuesto al enfermo y lo establecido en las BPC		

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS	SÍ	NO	PARC.
1- Se consideró el cumplimiento de las medidas de desalergización para el tratamiento.	10		5
2- Se evaluaron los criterios de Alto Riesgo.	10		5
3- Se valoró en consulta multidisciplinaria al paciente "Alto Riesgo Asmático"	10		
4- Se evaluó el pronóstico en concordancia con el cuadro clínico y la prueba funcional respiratoria.	10		5
5- Se indicó medicación alternativa (Medicina Natural y Tradicional) en la terapéutica.	10		
6- La evolución médica refleja los complementarios realizados.	10		5
7- Se evaluaron los criterios de Control del Asma	10		5

PREGUNTA ESPECÍFICA	SÍ	NO	PARC.
8. Se indicó inmunoterapia en el tratamiento.	15		7

EVALUACIÓN TOTAL	100		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Warner J O. Can we prevent Allergies and Asthma?. ACI Int. 2004 ; 16 (5): 186-91.

2. Haahtela T. Eosinophilic Bronchial inflmmation Early intervention with Inhaler corticosteroids. ACI Int. 2004 ; 16 (1): 4-8.

3. Johansson S G O, Haahtela T. World allergy Organization Guidelines for Prevention of Allergy and Allergic Asthma. ACI Int. 2004 ; 16 (5): 176-85.

4. Lew DB, Leberman P. Lung Remodeling in Asthma. ACI Int. 2003 ; 15 (1): 4-10.

5. WAO/IAACI Meeting. The Primary Prevention of Allergy and Asthma. Allergy Clin Immunol. 2000 ; 12 (6): 288.

6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional de Asma. Programa Nacional de Atención al Asmático. La Habana :MINSAP. 1998

7. Pérez Pacaréu M L. Guías de consulta. Manejo y Prevención del Asma Bronquial. Cienfuegos:Editorial Damují. 2003

8. Fernández de Castro Peredo H. Ética Médica en la Literatura del siglo XIX. Gac Med Mex. 2005 ; 141 (4): 323-334.

9. Romero Cabrera AJ, Hernández C, Pérez Pacaréu M L. Preventing falls in elderly people living in hospitals and care homes. BMJ. 2007 ; 334: 53-54.

10. Powell H, Gibson PG. Options for self-management education for adults with asthma (Cochrane Review). En: The Cochrane Library (1). Oxford: Update Software. 2003

11. Johansson SG, Haahtela T. World allergy organization guidelines for prevention of allergy and Allergic asthma. ACI Int. 2004 ; 16 (5): 176-83.

12. National Institute of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Global Initiative for Asthma. Global Strastegy for Asthma a Management and Prevention. [Monografía en Internet]. Disponible en: http://www.ginasthma.com/ginawr20clean.pdf.

13. Fujimura M, Ogawa H, Nishizawa Y, Nishi K. Comparison of atopic cough with cough variant asthma: is atopic cough a precursor of asthma?. Thorax. 2003 ; 58: 14-18.

14. Johansson SGO. A revised nomenclature for Allergy: Allergy Clin Immunol. 2002 ; 14 (6): 279-285.