



Subsecretaría de Salud Pública
División de Planificación Sanitaria
Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en la Evidencia

Proceso de actualización de Guías de Práctica Clínica

Formulación y priorización de preguntas clínicas

Guía de Práctica Clínica GES “Asma Bronquial moderada y grave en menores de 15 años”

La División de Prevención y Control de Enfermedades en conjunto con la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, han iniciado un proceso de revisión de vigencia y actualización de las recomendaciones contenidas en las guías de práctica clínica GES. Este proceso se divide en 2 etapas, siendo la primera de ellas la revisión de vigencia de las recomendaciones. Una vez evaluada la vigencia, comienza la actualización propiamente tal, proceso que se inicia con la formulación de preguntas para cada una de las guías de práctica clínica.

A continuación se describen los resultados del proceso de formulación y priorización de preguntas clínicas de la Guía de Práctica Clínica GES “Asma Bronquial moderada y grave en menores de 15 años”, 2017.

La formulación de preguntas se realizó en mayo de 2017, en una reunión presencial en el Ministerio de Salud, y la priorización de las 5 preguntas a abordar en esta actualización 2017 se desarrolló en el mismo mes, a través de un cuestionario online. Participaron en la reunión 8 profesionales representantes del Hospital Clínico San Borja Arriarán, Hospital Sótero del Río, Colegio de Kinesiólogos, Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica, Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, FONASA, Programa Nacional de Infancia, DIGERA y DIVAP del Ministerio de Salud.

Los participantes definieron las siguientes 20 preguntas, utilizando el formato PIC (Población, Intervención, Comparación).

1. ¿En niños menores de 15 años con sospecha de asma, se debe realizar test de provocación bronquial (test de ejercicio, test de metacolina), en comparación a no realizar?
2. ¿En personas menores de 15 años con asma bronquial moderada y severa, se debe usar IDM (inhalador de dosis medida) y aerocámara para la administración de broncodilatador, en comparación a usar nebulizador?
3. ¿En niños asmáticos menores de 15 años cursando exacerbación, se debe usar beta2 agonistas de corta acción, en comparación a no usar?
4. ¿En niños asmáticos menores de 15 años cursando exacerbación moderada a severa, se debe usar beta2 agonistas + corticoides sistémicos, en comparación a usar sólo beta2 agonistas?
5. ¿En niños asmáticos menores de 15 años cursando exacerbación moderada a severa, se debe usar beta2 agonistas + corticoides sistémicos, en comparación a usar beta2 agonistas + corticoides inhalados en altas dosis?
6. ¿En niños asmáticos menores de 15 años con exacerbación moderada a severa, se debe usar corticoides vía oral, en comparación a corticoides vía endovenosa?
7. ¿En niños con asma no controlada menores de 15 años, en tratamiento de mantención, se debe usar corticoides inhalados + LABA (agonistas B2 adrenérgicos de larga acción) presurizados, en comparación a usar corticoides + LABA en polvo seco?
8. ¿En niños con asma no controlada menores de 15 años, en tratamiento de mantención, se debe usar corticoides inhalado presurizado, en comparación a usar corticoides en polvo seco?
9. ¿En niños menores de 15 años con sospecha de asma bronquial, de debe realizar estudio de función pulmonar (espirometría basal y post broncodilatador), en comparación a no realizar?
10. ¿En niños asmáticos menores de 15 años, se debe realizar tratamiento de mantención con corticoides inhalados, en comparación a realizar tratamiento con antileucotrienos?
11. ¿En niños con asma no controlada menores de 15 años en tratamiento de mantención con corticoides inhalados en dosis moderada o alta, se debe agregar beta2agonistas de acción prolongada, en comparación a agregar antileucotrienos?
12. ¿En niños con asma severa no controlada menores de 15 años en tratamiento de mantención con corticoides inhalados en dosis alta + beta2 agonistas de acción prolongada o antileucotrienos, se debe agregar terapia biológica (omalizumab/mepolizumab), en comparación a agregar corticoides orales de uso permanente?
13. ¿En niños asmáticos menores de 15 años, se deben realizar actividades educativas (en relación a enfermedad y tratamiento), en comparación a no hacer?

14. ¿En niños asmáticos menores de 15 años con rinitis alérgica, se debe usar antialérgicos + corticoides intranasales, en comparación a no usar?
15. ¿En niños asmáticos menores de 15 años con rinitis alérgica, se debe usar antialérgicos, en comparación a no usar?
16. ¿En niños asmáticos menores de 15 años, se debe usar flujómetro, en comparación a no usar?
17. ¿En niños menores de 15 años con cuadros bronquiales obstructivos a repetición, se debe realizar educación en sospecha diagnóstica de asma al personal de salud, en comparación a no hacer?
18. ¿En niños menores de 15 años con asma en tratamiento que gatillan crisis por ejercicio, se debe realizar test de resistencia física (Cooper, Naveta), en comparación a limitar test de resistencia?
19. ¿En niños menores de 15 años con asma en tratamiento que gatillan crisis por ejercicio, se debe usar beta2 agonista pre-ejercicio, en comparación a no usar?
20. ¿En niños asmáticos menores de 15 años, se debe realizar mediciones periódicas de flujometría, en comparación a no realizar?

La priorización se realizó a través de un cuestionario enviado por correo electrónico (survey monkey), en la que cada participante respondió las siguientes preguntas, asignando un puntaje entre 1 y 7, siendo 1 totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo:

- ¿Es una pregunta que el equipo clínico se hace con frecuencia en la práctica clínica?
- ¿Existe nueva evidencia con respecto a la pregunta clínica?
- ¿Existe variabilidad clínica significativa en la práctica relacionada con la pregunta clínica?
- ¿La intervención genera impacto importante en el uso de recursos?
- ¿Es una pregunta clínica nueva que no ha sido abordada en la guía anterior?
- Considerando lo anterior, ¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica en una escala de 1 a 7?

Este cuestionario fue respondido por 7 participantes, cuyas respuestas fueron analizadas para cada criterio y el ranking final se construyó considerando el promedio del puntaje de la importancia de cada pregunta.

Preguntas	¿Qué importancia le asigna a esta pregunta clínica en una escala de 1 a 7?
¿En niños menores de 15 años con sospecha de asma bronquial, de debe realizar estudio de función pulmonar (espirometría basal y post broncodilatador), en comparación a no realizar?	5,6
¿En niños asmáticos menores de 15 años, se deben realizar actividades educativas (en relación a enfermedad y tratamiento), en comparación a no hacer?	5,3
¿En niños con asma severa no controlada menores de 15 años en tratamiento de mantención con corticoides inhalados en dosis alta + beta2 agonistas de acción prolongada o antileucotrienos, se debe agregar terapia biológica (omalizumab/mepolizumab), en comparación a agregar corticoides orales de uso permanente?	5,1
¿En niños con asma no controlada menores de 15 años en tratamiento de mantención con corticoides inhalados en dosis moderada o alta, se debe agregar beta2agonistas de acción prolongada, en comparación a agregar antileucotrienos?	5,0
¿En niños asmáticos menores de 15 años, se debe realizar tratamiento de mantención con corticoides inhalados, en comparación a realizar tratamiento con antileucotrienos?	4,9
¿En niños asmáticos menores de 15 años cursando exacerbación moderada a severa, se debe usar beta2 agonistas + corticoides sistémicos, en comparación a usar sólo beta2 agonistas?	4,7
¿En niños menores de 15 años con asma en tratamiento que gatillan crisis por ejercicio, se debe usar beta2 agonista pre-ejercicio, en comparación a no usar?	4,3
¿En niños asmáticos menores de 15 años con rinitis alérgica, se debe usar antialérgicos + corticoides intranasales, en comparación a no usar?	4,1
¿En niños menores de 15 años con asma en tratamiento que gatillan crisis por ejercicio, se debe realizar test de resistencia física (Cooper, Naveta), en comparación a limitar test de resistencia?	4,0
¿En niños asmáticos menores de 15 años cursando exacerbación moderada a severa, se debe usar beta2 agonistas + corticoides sistémicos, en comparación a usar beta2 agonistas + corticoides inhalados en altas dosis?	3,9
¿En niños asmáticos menores de 15 años con rinitis alérgica, se debe usar antialérgicos, en comparación a no usar?	3,7
¿En niños con asma no controlada menores de 15 años, en tratamiento de mantención, se debe usar corticoides inhalados + LABA (agonistas B2 adrenérgicos de larga acción) presurizados, en comparación a usar corticoides + LABA en polvo seco?	3,6
¿En niños con asma no controlada menores de 15 años, en tratamiento de mantención, se debe usar corticoides inhalado presurizado, en comparación a usar corticoides en polvo seco?	3,6

¿En niños asmáticos menores de 15 años, se debe usar flujómetro, en comparación a no usar?	3,6
¿En personas menores de 15 años con asma bronquial moderada y severa, se debe usar IDM (inalador de dosis medida) y aerocámara para la administración de broncodilatador, en comparación a usar nebulizador?	3,4
¿En niños asmáticos menores de 15 años, se debe realizar mediciones periódicas de flujometría, en comparación a no realizar?	3,1
¿En niños menores de 15 años con sospecha de asma, se debe realizar test de provocación bronquial (test de ejercicio, test de metacolina), en comparación a no realizar?	3,1
¿En niños menores de 15 años con cuadros bronquiales obstructivos a repetición, se debe realizar educación en sospecha diagnóstica de asma al personal de salud, en comparación a no hacer?	3,1
¿En niños con asma no controlada menores de 15 años, en tratamiento de mantención, se debe usar corticoides inhalado presurizado, en comparación a usar corticoides en polvo seco?	3,6
¿En personas menores de 15 años con asma bronquial moderada y severa, se debe usar IDM (inalador de dosis medida) y aerocámara para la administración de broncodilatador, en comparación a usar nebulizador?	3,4
¿En niños asmáticos menores de 15 años cursando exacerbación, se debe usar beta2 agonistas de corta acción, en comparación a no usar?	2,9
¿En niños asmáticos menores de 15 años con exacerbación moderada a severa, se debe usar corticoides vía oral, en comparación a corticoides vía endovenosa?	2,9

Para la selección final de las preguntas clínicas a responder en la actualización 2017, se consideró además la factibilidad de dar respuesta a las preguntas con evidencia (existencia de estudios que aborden la pregunta), y la coherencia de la guía en su conjunto (preguntas relacionadas entre sí). Luego de este análisis, las preguntas priorizadas fueron las siguientes:

1. ¿En niños menores de 15 años con sospecha de asma bronquial, de debe realizar estudio de función pulmonar (espirometría basal y post broncodilatador), en comparación a no realizar?
2. ¿En niños asmáticos menores de 15 años, se deben realizar actividades educativas (en relación a enfermedad y tratamiento), en comparación a no hacer?
3. ¿En niños con asma severa no controlada menores de 15 años en tratamiento de mantención con corticoides inhalados en dosis alta + beta2 agonistas de acción prolongada o antileucotrienos, se debe agregar terapia biológica

(omalizumab/mepolizumab), en comparación a agregar corticoides orales de uso permanente?

4. ¿En niños con asma no controlada menores de 15 años en tratamiento de mantención con corticoides inhalados en dosis moderada o alta, se debe agregar beta2agonistas de acción prolongada, en comparación a agregar antileucotrienos?
5. ¿En niños asmáticos menores de 15 años, se debe realizar tratamiento de mantención con corticoides inhalados, en comparación a realizar tratamiento con antileucotrienos?

Las restantes preguntas formuladas por el panel y que no fueron priorizadas para esta actualización, quedarán pendientes para futuras actualizaciones de la Guía.

Participaron en la formulación de las preguntas los siguientes profesionales:

1. Dra. Alejandra Zamorano, Médico Pediatra Broncopulmonar, Hospital Sótero del Río.
2. Dra. María Lina Boza, Médico Pediatra Broncopulmonar, Hospital San Borja Arriarán.
3. Dra. Ana María Herrera Gans, Médico Pediatra Broncopulmonar, Sociedad Chilena de Neumología pediátrica.
4. Dra. Rossana Mamani Jaches, Médico Pediatra Broncopulmonar, Sociedad Chilena de enfermedades respiratorias.
5. Dr. Pedro Mancilla, Kinesiólogo, Colegio de Kinesiólogos de Chile.
6. Verónica Medina Urrutia, Enfermera, FONASA.
7. Paola Pontoni Zuñiga, Enfermera, DIVAP, Ministerio de Salud.
8. Raúl Valenzuela, Kinesiólogo, DIVAP, Ministerio de Salud.