

Resumen Ejecutivo
Guía de Práctica Clínica
Asma Bronquial en Personas de 15 años y más



VERSIÓN COMPLETA de la Guía de Práctica Clínica de Asma Bronquial en Personas de 15 años y más: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges>

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) constituyen una herramienta esencial en el ámbito de la atención médica al ofrecer recomendaciones fundamentadas en una minuciosa revisión sistemática de la evidencia científica disponible, por lo que se encuentran respaldadas por una evaluación ponderada de los riesgos y beneficios de las intervenciones médicas alternativas, jugando un papel crucial para proporcionar una base sólida para la toma de decisiones clínicamente informadas.

Sin perjuicio de lo anterior, las GPC no se encuentran ligadas intrínsecamente a un régimen de garantías específicas ni a los mecanismos de coberturas financieras determinadas en las leyes y reglamentos de nuestro país, por lo que únicamente se centran en optimizar la atención médica a nivel individual y colectivo según corresponda.

MINISTERIO DE SALUD. RESUMEN EJECUTIVO GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA ASMA BRONQUIAL EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de disseminación y capacitación. Prohibida su venta.

Fecha de Publicación: 2023



Indice

DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD	5
PRESENTACIÓN CLÍNICA	5
EPIDEMIOLOGÍA	5
POLÍTICAS PÚBLICAS A NIVEL NACIONAL	6
1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA	7
OBJETIVO GENERAL:	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	7
TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO:.....	7
USUARIOS DE LA GUÍA:.....	7
2. MÉTODOS	8
PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS	8
Guía de Práctica Clínica Asma Bronquial en personas de 15 años y más.....	9
ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES.....	11
4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES	11
Grado de la recomendación	11
5. EQUIPO ELABORADOR.....	14
PANEL DE EXPERTOS.....	14
DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB.....	16
6. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA	17
7. REFERENCIAS	17



RECOMENDACIONES DE LA GUÍA

RECOMENDACIONES	GRADO DE RECOMENDACIÓN	CERTEZA EN LA EVIDENCIA
RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS-EXACERBACIONES		
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, que estén cursando con exacerbación, el Ministerio de Salud sugiere el uso de corticoides por vía oral por un periodo de tiempo no mayor a 5 días en comparación a un periodo de tiempo mayor a 5 días.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, que estén cursando con exacerbación, el Ministerio de Salud sugiere usar inhalador de dosis medida por sobre nebulización.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, que estén cursando con exacerbación, el Ministerio de Salud sugiere no usar antibióticos de forma rutinaria.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
RECOMENDACIONES FARMACOLÓGICAS-TRATAMIENTO CRÓNICO		
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma leve e indicación de salbutamol de rescate, el Ministerio de Salud sugiere agregar corticoides inhalados en dosis baja como tratamiento crónico por sobre mantener sólo salbutamol.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, el Ministerio de Salud sugiere usar corticoide inhalado/formoterol como primera elección para el alivio de síntomas por sobre mantener sólo salbutamol.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma leve o moderada, el Ministerio de Salud sugiere el uso de la combinación corticoides inhalados + agonistas beta2 adrenérgicos de acción larga (LABA) como mantención y rescate por sobre el uso de corticoides inhalados como monoterapia de mantención + broncodilatadores de acción corta agonistas beta2 (SABA) de rescate.	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, que no logran control con corticoides inhalados más agonistas beta2 adrenérgicos de acción larga (LABA), el Ministerio de Salud sugiere no agregar antileucotrienos.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○



En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma y antecedentes de arritmia, el Ministerio de Salud sugiere usar anticolinérgicos inhalados de acción corta o agonistas β2 adrenérgicos de acción corta.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma moderada o grave que no logran control de los síntomas, el Ministerio de Salud sugiere agregar LAMA al tratamiento estándar por sobre no agregar.	CONDICIONAL	MODERADA ⊕⊕○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma grave, dependientes de corticoides orales y que no logran control, el Ministerio de Salud sugiere usar terapias biológicas (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, dupilumab y benralizumab) en adición al tratamiento estándar.	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○

RECOMENDACIONES NO FARMACOLÓGICAS

En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, el Ministerio de Salud sugiere usar el test de control del asma (ACT) o el cuestionario de control de asma de 5 preguntas (ACQ5) para evaluar el control de los síntomas de asma.	CONDICIONAL	BAJA ⊕⊕○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma e insuficiencia respiratoria grave, el Ministerio de Salud sugiere ventilación no invasiva por sobre el uso de ventilación mecánica invasiva.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, el Ministerio de Salud sugiere realizar rehabilitación pulmonar (ejercicio físico) por sobre solo mantener tratamiento farmacológico.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma el Ministerio de Salud, sugiere realizar educación en automanejo con apoyo regular por un profesional de salud capacitado por sobre una educación no estructurada.	CONDICIONAL	MUY BAJA ⊕○○○
Recomendación de buena práctica clínica		
En personas de 15 años y más con sospecha de asma y en proceso de confirmación diagnóstica, el Ministerio de Salud sugiere no realizar estudios de imágenes, salvo en aquellas personas con sospecha de otras patologías.		

Las recomendaciones fueron formuladas durante el año 2022 utilizando el sistema GRADE



DESCRIPCIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA DEL PROBLEMA O CONDICIÓN DE SALUD

PRESENTACIÓN CLÍNICA

El asma es una enfermedad respiratoria crónica, usualmente caracterizada por presentar inflamación de las vías aéreas (1,2). Se identifica por presentar un historial de síntomas respiratorios como sibilancias, disnea, opresión en el pecho y tos, que puede variar con el tiempo e intensidad, acompañado de limitación variable del flujo espiratorio (1–3), pudiendo ser parcial o totalmente reversible de forma espontánea o con la administración de fármacos (4).

Se clasifica en función de la gravedad y necesidad de tratamiento requerido para lograr el control de síntomas y exacerbaciones. Esta categorización puede modificarse en el tiempo, motivo por el cual, la reevaluación periódica es fundamental (4). Se ha descrito que factores ambientales (atmosféricos, domésticos, agentes infecciosos), laborales y sistémicos (fármacos, alimentos, u otros), podrían desencadenar la aparición o empeoramiento de los síntomas, donde la intensidad de esta respuesta estaría relacionada con la inflamación subyacente (2,4).

Los objetivos del tratamiento se orientan a reducir riesgos (factores desencadenantes) y controlar síntomas, por lo que debe ajustarse a la condición de cada persona (2,4,5). Cabe destacar que lograr el control del asma permite, a la persona que la padece, tener una vida productiva y activa (2). Existen principalmente dos tipos de fármacos inhalados para el tratamiento del asma (2,4,5):

- Broncodilatadores, que alivian síntomas (rescate), y
- Corticoesteroides, que reducen la inflamación de las vías aéreas, también conocidos como medicamentos de control.

Las personas con asma pueden presentar exacerbaciones, las que son definidas como episodios que se caracterizan por presentar un empeoramiento agudo o subagudo de los síntomas y deterioro de la función pulmonar respecto del estado habitual (2), las que pueden llegar a impedir el desarrollo de actividades como hablar, comer o dormir (3), llegando a ser mortal en algunos casos (2). Pueden ocurrir en todas las personas con asma independiente de su severidad, sin embargo, es más frecuente en individuos que no se encuentran controlados (2). El seguimiento periódico y tratamiento adecuado son fundamentales para prevenir estos episodios (3).

EPIDEMIOLOGÍA

El asma es una enfermedad crónica frecuente y potencialmente grave. A nivel mundial, se estima que 300 millones de personas la padecen, afecta a todos los grupos de edad, y presenta costos de tratamiento y carga crecientes para las personas, sus familias y la comunidad (2). Durante el año 2019, 461 mil decesos fueron atribuibles a este diagnóstico, y la mayoría de ellos se produjeron en países de ingresos bajos y mediano-bajos, donde la falta de diagnóstico y tratamiento fueron una barrera para su abordaje (5,6).

Estimaciones recientes basadas en el estudio Global de Carga de Enfermedad 2019 (GBD por sus siglas en inglés), reportan una prevalencia global de asma del 3,4%, donde Norteamérica, Australasia y América del Sur



representan las prevalencias más altas con cifras que alcanzan el 9,8%, 8,4% y 6,5% respectivamente. Las regiones que presentaron menores prevalencias fueron Europa del Este (2,7%), Centro América (3,2%) y Asia Pacífico (3,7%) (6). Otras estimaciones reportan que la proporción de personas con esta condición varía entre el 1 al 18% en diferentes países (2).

En Chile, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2016-2017, el 5,4% (IC 4,5% - 6,5%) relató tener asma, siendo uno de los diagnósticos auto reportados más frecuentes (7). Este valor fue mayor en mujeres que hombres (7,0% versus 3,8%), y presentó una distribución similar tanto en áreas urbanas como rurales (5,4% y 5,5% respectivamente). Se observó adicionalmente, una mayor prevalencia en las edades comprendidas entre los 15 y 24 años y en personas de 65 años y más, presentando una gradiente inversa en función de los años de estudio (Tabla 1) (8). A su vez, la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER), reporta que entre el 7% y 10% de la población chilena tendría asma, y que este porcentaje podría ser aún mayor, aludiendo a un posible subdiagnóstico de esta condición (9).

De acuerdo con la ENS 2016-2017 y referente al nivel de capacidad, el 55,4% de los participantes que reportó tener asma, presentó un compromiso moderado-severo de su funcionalidad producto de esta condición de salud, presentando una dificultad importante asociada a su condición de salud (10).

Tabla 1. Datos nacionales de auto reporte de asma, desagregados según edad y años de estudios cursados (ENS 2016-2017).

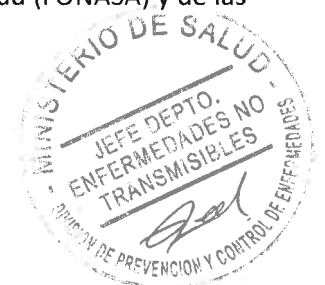
Variable		Prevalencia (%) (IC 95%)
Edad	15-24 años	8,6% (5,9%-12,2%)
	25-44 años	4,3% (2,9%-6,3%)
	45-64 años	3,7% (2,7%-4,9%)
	≥ 65 años	8,3% (6,4%-10,8%)
Nivel educacional	< 8 años	7,9% (6,0%-10,3%)
	8-12 años	5,1% (3,9%-6,5%)
	>12 años	4,7% (3,1%-7,0%)

Fuente: Elaboración propia. Adaptado del Ministerio de Salud (MINSAL). Autorreporte de Enfermedades. Visualización interactiva de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. [Internet]. Tableau Software. [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en http://epi.minsal.cl/ens_tableau_ens/#/14.

POLÍTICAS PÚBLICAS A NIVEL NACIONAL

A nivel nacional, se han diseñado e implementado diversas políticas públicas que buscan dar respuesta a este problema de salud. Destaca el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA), implementado desde el año 2001, el cual se ejecuta preferentemente en APS, y cuyo objetivo es reducir la mortalidad y letalidad de estas dolencias para mejorar su calidad de vida (12).

Desde el año 2005, se incorpora al Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES), garantizando acceso, oportunidad, protección financiera y calidad a todas las personas del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y de las



Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). En personas de 15 años y más, otorga prestaciones en etapas de sospecha diagnóstica, confirmación y tratamiento (13,14).

Dentro del marco del Modelo de Atención Integral de Salud, el año 2019 se inicia la implementación de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad, orientada a entregar un cuidado continuo e integral a la persona y su familia, donde el asma es una patología priorizada para la estratificación de riesgo de la población (15).

1. OBJETIVO Y ALCANCES DE LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

OBJETIVO GENERAL:

Generar recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para el manejo clínico de personas con diagnóstico de asma mayores de 15 años.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Entregar recomendaciones para el tratamiento clínico de personas con diagnóstico de asma mayores de 15 años.

TIPO DE PERSONAS Y ESCENARIO CLÍNICO:

Personas de 15 años y más con diagnóstico de asma a nivel secundario y terciario de salud, tanto en el sector público como privado de salud.

USUARIOS DE LA GUÍA:

Equipos clínicos del sistema público y privado que estén capacitados para el abordaje de este problema de salud.



2. MÉTODOS

Para la elaboración de esta Guía se constituyó un **equipo elaborador** compuesto por: responsables temáticos, metodólogos, responsables de la búsqueda y síntesis de evidencia, expertos clínicos, referentes del Ministerio de Salud y del Fondo Nacional de Salud (FONASA), quienes realizaron su declaración de conflictos de interés y confidencialidad. Las reuniones se desarrollaron de manera telemática en modalidad sincrónica y fueron guiadas por los coordinadores metodológicos en el desarrollo de los juicios respecto de los dominios de la tabla de la Evidencia a la Decisión (EtD). Se discutió cada juicio de manera abierta y se llegó a conclusión mediante consenso, y cuando esto no fue logrado en una primera instancia, se realizó votación a través de herramienta de la plataforma utilizada para la reunión telemática.

- Ver más detalle en [Equipo Elaborador y declaración de potenciales conflicto de intereses](#)

Para cada una de las preguntas de la guía se realizó una búsqueda electrónica amplia de revisiones sistemáticas y estudios aleatorizados en las bases de datos Cochrane database of systematic reviews (CDSR); PubMed; EMBASE desde su fecha de inicio hasta el año 2022. No se aplicaron restricciones en base al idioma o estado de publicación. Dos revisores de manera independiente realizaron la selección de los títulos y los resúmenes, la evaluación del texto completo y la extracción de datos. Un tercer miembro del equipo resolvió cualquier discrepancia entre los distintos revisores. Adicionalmente se realizó una búsqueda de estudios de valores y preferencias de las personas.

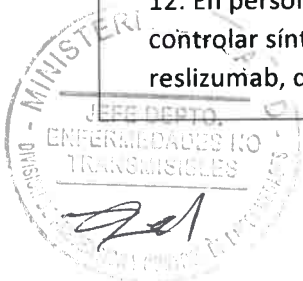
PRIORIZACIÓN DE PREGUNTAS CLÍNICAS

El equipo elaborador planteó todas las potenciales preguntas, definiendo claramente la población, intervención y comparación. Inicialmente se redactaron 65 preguntas en el software GRADEpro GDT, luego de una revisión y eliminación de duplicados, se realizó la priorización de preguntas por parte del panel. Finalmente quedaron las siguientes 15 preguntas a desarrollar en la versión 2021-2022 de la GPC:



Guía de Práctica Clínica Asma Bronquial en personas de 15 años y más

Preguntas clínicas priorizadas por el panel
1. En personas de 15 años y más con sospecha de asma, y en proceso de confirmación diagnóstica, ¿se debería usar la radiografía de tórax para excluir diagnósticos diferenciales en todo paciente versus no usar?
2. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, ¿se debería usar un cuestionario de control de síntomas (ACT/ACQ) versus no usar para el manejo y control?
3. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma y que cursan crisis asmática, ¿se debería usar inhalaciones de dosis medida versus nebulizaciones?
4. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, ¿se debería realizar rehabilitación pulmonar (ejercicio físico) versus no realizar?
5. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma leve o moderada, ¿se debería usar corticoides inhalados + LABA SOS versus corticoides inhalados como mantención + SABA SOS?
6. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma moderada o severa, que no logran control, ¿se debería agregar LAMA al tratamiento estándar versus no agregar?
7. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, como primera elección para el alivio de síntomas (rescate) ¿se debería usar combinación corticoide inhalado/formoterol versus salbutamol?
8. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma leve, e indicación de salbutamol SOS ¿se debería agregar esteroides inhalados como primera elección de tratamiento mantención versus indicar sólo salbutamol de rescate?
9. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma y arritmia en control de frecuencia, ¿se debería usar anticolinérgicos inhalados de acción corta versus agonistas b2 adrenérgicos de acción corta?
10. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, que no logran control, ¿debería agregarse antileucotrienos a corticoides inhalados + LABA versus no agregar?
11. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma y que requieren manejo de crisis grave, ¿debería usarse ventilación no invasiva versus no usar (previo a ventilación mecánica invasiva)?
12. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma grave que requieren corticoides orales para controlar síntomas y exacerbaciones, ¿se debería usar terapias biológicas (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, dupilimab y benralizumab) versus no usar?



• 13. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma que cursan crisis asmática, ¿debería usarse antibióticos versus no usar?
14. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma y exacerbaciones ¿se debería usar corticoides por 5 días versus más de 5 días?
15. En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma, ¿se debería realizar educación centrada en el automanejo-control (plan de acción) versus no realizar?

En el proceso de elaboración de recomendaciones, para una mejor comprensión o delimitación de la incertidumbre, se precisaron algunas preguntas por consenso del panel.

Ver más detalle en [Informe de Priorización de preguntas - Guía de Práctica](#)



ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES

Las recomendaciones de esta Guía fueron elaboradas de acuerdo al sistema “*Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation*” (GRADE) (5). Para cada una de las preguntas seleccionadas, se realizó la búsqueda y la síntesis de evidencia respecto de:

1. Efectos deseables e indeseables de la intervención versus comparación: La síntesis de evidencia se realizó con el formato de Tabla de Resumen de Hallazgos GRADE (Summary of Findings - SoF) cuando fue posible.
2. Valores y preferencias de las personas respecto a la intervención versus comparación.
3. Costos de la intervención y comparación.
4. Impacto presupuestario de la intervención versus comparación cuando fue necesario.

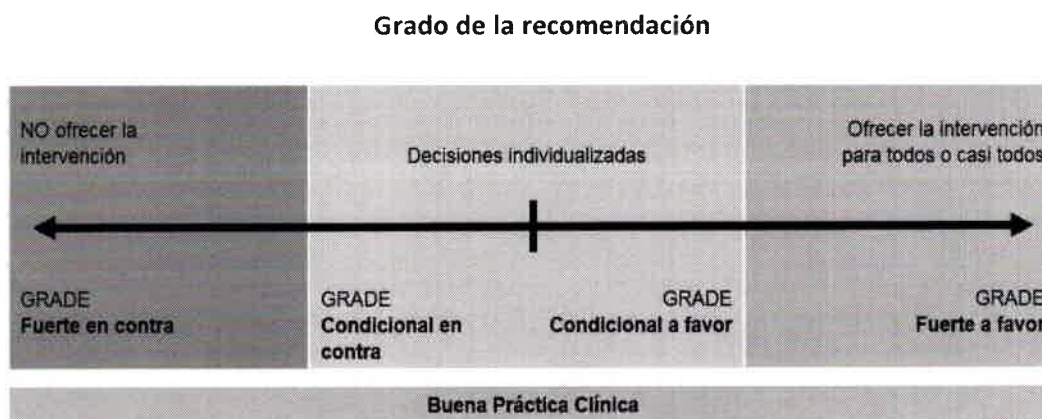
Ver más detalle en [Recomendaciones GRADE](#)

El grupo elaborador formuló las recomendaciones considerando su experiencia clínica, la evidencia respecto a los desenlaces de interés (por ejemplo: mortalidad, días de hospitalización, calidad de vida, etc.), los valores y preferencias de las personas, la viabilidad de implementación, y el uso de recursos.

Para mayor detalle consultar [Guía de Práctica Clínica](#)

4. CÓMO INTERPRETAR LAS RECOMENDACIONES

El sistema GRADE distingue el grado de la recomendación y certeza de la evidencia sobre la cual se realiza la recomendación.



Las recomendaciones fuertes y condicionales deben interpretarse de la siguiente manera:

FUERTE: Indican que existe una alternativa claramente superior, por lo que seguir la recomendación es la conducta más apropiada en TODAS o CASI TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS O CASOS. Salvo casos muy justificados, la gran mayoría de las personas deberían recibir el curso de acción recomendado. Este tipo de recomendación puede ser **Fuerte a Favor** o **Fuerte en Contra** de la intervención.

CONDICIONAL: Seguir la recomendación es la conducta más adecuada en la MAYORÍA DE LOS CASOS, pero se requiere considerar y entender la evidencia de efectos, valores y preferencias, costos y disponibilidad de recursos en que se sustenta la recomendación. Estas recomendaciones se generan cuando existe incertidumbre respecto de cuál alternativa resulta mejor, por lo tanto, distintas opciones pueden ser adecuadas para distintas personas o circunstancias. Para aplicar una recomendación condicional puede ser importante conversar con la persona los potenciales beneficios y riesgos de la intervención propuesta, y tomar una decisión en conjunto que sea coherente con las preferencias de cada persona. Este tipo de recomendación puede ser **Condicional a Favor** o **Condicional en Contra** de la intervención.

BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS: Son recomendaciones excepcionales relacionadas con intervenciones que corresponden a estándares mínimos y necesarios para la atención en salud para las cuales no es necesario realizar una búsqueda de evidencia. Estas recomendaciones estarán categorizadas como **Buenas Prácticas Clínicas**.

CERTEZA DE LA EVIDENCIA

El concepto de certeza de la evidencia se refiere a la confianza que se tiene en que los estimadores del efecto son apropiados para apoyar una recomendación determinada. El sistema GRADE propone cuatro niveles de certeza en la evidencia:

Certeza	Definición
Alta ⊕⊕⊕⊕	Tenemos alta confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.
Moderada ⊕⊕⊕○	Tenemos una confianza moderada en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.



<p>Baja</p> <p>⊕⊕○○</p>	<p>Tenemos poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral.</p>
<p>Muy baja</p> <p>⊕○○○</p>	<p>Tenemos muy poca confianza en que el valor verdadero de una variable se encuentra en un determinado rango o por sobre cierto umbral. Existe considerable incertidumbre respecto al efecto de la intervención</p>

Ver más detalle en Manual metodológico Desarrollo de Guías de Práctica Clínica.



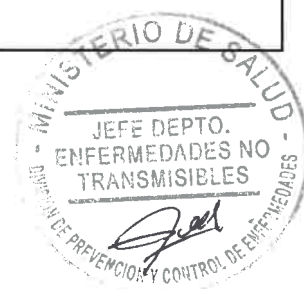
5. EQUIPO ELABORADOR

El equipo elaborador que ha participado de la presente elaboración es responsable, según sus competencias, del conjunto de las preguntas y recomendaciones formuladas.

Coordinación	<p>Clínica: Rodrigo Torres Castro. Kinesiólogo. Coordinador clínico. Sociedad Chilena de Kinesiología Respiratoria y Facultad de Medicina. Universidad de Chile.</p>
	<p>Temática: Carla Benavides Lourido. Enfermera. Jefa del Departamento de Enfermedades No Transmisibles. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p> <p>Paula Silva Mendoza. Kinesióloga. Profesional del Departamento de Enfermedades No Transmisibles. División de Control y Prevención de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud.</p>
Metodólogos	<p>Coordinador: Eduardo Quiñelén Rojas. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.</p>
	<p>Apoyo: Patricia Kraemer Gómez. Profesional. Unidad de Evidencia Clínica. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.</p>

PANEL DE EXPERTOS

Rodrigo Torres Castro	Kinesiólogo. Coordinador clínico. Sociedad Chilena de Kinesiología Respiratoria y Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Patricia Fernández Vásquez	Médico cirujano. Especialista en enfermedades respiratorias. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, Instituto Nacional del Tórax y Universidad Finis Terrae.
Miguel Antúnez	Médico cirujano. Especialista en enfermedades respiratorias y medicina interna. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias.



Carmen Nadal Agost	Médico cirujano. Especialista en medicina familiar. Sociedad Chilena de Medicina Familiar y Universidad de O'Higgins.
Karina Muñoz Navarrete	Médico cirujano. Especialista en medicina familiar. Sociedad Chilena de Medicina Familiar.
Daniel Riveros Galaz	Médico cirujano. Especialista en medicina familiar. Sociedad Chilena de Medicina Familiar y Universidad Católica del Maule.
Francisca Ilabaca Muñoz	Químico Farmacéutico. Colegio de Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos de Chile A.G. Instituto Nacional de Geriátria.
Marisol Barros Poblete	Kinesióloga. Especialista en kinesiología respiratoria. Sociedad Chilena de kinesiología Respiratoria.
Sofía Castillo González	Kinesióloga. Sociedad Científica de Kinesiología en Atención Primaria de Salud y CESFAM Dr. Raúl Yazigi de la comuna de Lo Prado.
Constanza Valdebenito Pradenas	Enfermera. Sociedad Científica de Enfermería Familiar y Comunitaria de Chile (SOCHIENFA)
Carolina Lara Diaz	Kinesióloga. Departamento de Gestión de los Cuidados. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Karina Trujillo Fuentes	Kinesióloga. Departamento GES, Redes Complejas y Líneas Temáticas. División de Gestión de Redes asistenciales. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.
Wanda Alegría Mora	Tecnólogo médico. Departamento de Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).

RESPONSABLES DE LA BÚSQUEDA Y SÍNTESIS DE EVIDENCIA

Centro de Excelencia CIGES, Universidad de la Frontera ¹	Búsqueda de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones: Pamela Serón, María José Oliveros y Ruvistay Gutiérrez.
Eduardo Quiñelén Rojas ²	Búsqueda y revisión de evidencia de los efectos clínicos, beneficios y riesgos de las intervenciones, como contraparte de MINSAL.
Juan Pablo Valenzuela ² Katherine Cerda ²	Valores y preferencias de las personas.



Catherine de la Puente ²	Informes sobre evaluaciones económicas de las intervenciones.
Wanda Alegría ³	Costos en Chile de las intervenciones.

DISEÑO, EDICIÓN, DESARROLLO Y MANTENCIÓN PLATAFORMA WEB

Miguel Contreras Torrejón	Ingeniero en Informática. Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud.
---------------------------	---

DECLARACIÓN DE POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Todos los integrantes del equipo elaborador realizaron declaraciones de potenciales conflictos de interés.

- Dra. Patricia Fernandez: Speaker asma grave para los siguientes laboratorios: SANOFI, AVENTIS, GLAXOSMITHKLINE , ASTRAZENECA, TEVA.
- La Dra. Fernandez se abstuvo de participar en la formulación de la recomendación relacionada con la pregunta: *En personas de 15 años y más con diagnóstico de asma grave que requieren corticoides orales para controlar síntomas y exacerbaciones, ¿se debería usar terapias biológicas (omalizumab, mepolizumab, reslizumab, dupilimab y benralizumab) vs no usar?*
- Dr. Miguel Antúnez: ha dictado charlas y seminarios organizados por la industria farmacéutica con honorarios , pero sin realizar promoción de marca comercial alguna.

¹ La búsqueda de evidencia fue externalizada por el Ministerio de Salud a través de licitación pública y adjudicada a las empresas señaladas.

² Departamento Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Salud Basada en Evidencia. División de Planificación Sanitaria. Ministerio de Salud

³ Departamento Desarrollo de Productos. Fondo Nacional de Salud (FONASA).



6. FINANCIAMIENTO DE LA GUÍA

El desarrollo de esta guía de práctica clínica fue financiado íntegramente por el Ministerio de Salud.

7. REFERENCIAS

1. Global Initiative for Asthma (GINA). Manejo y prevención del asma para adultos y niños mayores de 5 años. Una guía de bolsillo para profesionales de la salud. [Internet]. 2019 [citado 27 de septiembre de 2022]. 39 p. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/07/GINA-Spanish-2019-wms.pdf>
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, 2022. [Internet]. 2022 [citado 26 de septiembre de 2022]. 225 p. Disponible en: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2022/07/GINA-Main-Report-2022-FINAL-22-07-01-WMS.pdf>
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades respiratorias crónicas: asma [Internet]. Enfermedades respiratorias crónicas: asma. 2021 [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/chronic-respiratory-diseases-asthma>
4. Comité Ejecutivo de la GEMA. GEMA 4.4. Guía española para el manejo del asma. [Internet]. Madrid; 2019 [citado 28 de septiembre de 2022]. 185 p. Disponible en: https://www.sem.ges.es/images/documentos/GEMA_4_4.pdf
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Asma [Internet]. 2022 [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
6. Safiri S, Carson-Chahhoud K, Karamzad N, Sullman MJM, Nejadghaderi SA, Taghizadieh A, et al. Prevalence, Deaths, and Disability-Adjusted Life-Years Due to Asthma and Its Attributable Risk Factors in 204 Countries and Territories, 1990-2019. CHEST. 1 de febrero de 2022;161(2):318-29.
7. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Segunda entrega de resultados. [Internet]. 2018 ene [citado 13 de noviembre de 2021]; Chle. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf
8. Ministerio de Salud (MINSAL). Autorreporte de Enfermedades. Visualización interactiva de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. [Internet]. Tableau Software. [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/AutorreporteEnfermedadesENS/ComparableentreENS?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:tabs=yes&:toolbar=no&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:loadOrderID=0
9. Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER). Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias (SER), adhiere a la campaña "Stop al Asma". [Internet]. 2019 [citado 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://serchile.cl/site/noticia.php?id=577>



10. Ministerio de Salud (MINSAL). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Funcionamiento y Discapacidad. 2021.

11. Reportería Atenciones de Urgencia2012-2019 [Internet]. Tableau Software. [citado 24 de octubre de 2022]. Disponible en: https://public.tableau.com/views/ReporteraAtencionesdeUrgencia2012-2019/DashboardAt_deurgencia?:embed=y&:showVizHome=no&:host_url=https%3A%2F%2Fpublic.tableau.com%2F&:embed_code_version=3&:tabs=no&:toolbar=yes&:animate_transition=yes&:display_static_image=no&:display_spinner=no&:display_overlay=yes&:display_count=yes&:publish=yes&:loadOrderID=0

12. Ministerio de Salud (MINSAL). Programa de Control de las Enfermedades Respiratorias del Adulto en Chile. Normas Técnicas. [Internet]. Santiago, Chile; 2001 [citado 28 de septiembre de 2022]. 76 p. Disponible en: <https://www.kineed.org/wp-content/uploads/2019/06/Norma-Te%CC%81cnica-ERA-Original-2001.pdf?fbclid=IwAR37qoPxz64khxcAEhoi5fXVrEjj7R2s0tITwAaZsjVbtbqCldlse-9Au8A>

13. Superintendencia de Salud. Asma bronquial en personas de 15 años y más. [Internet]. Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [citado 28 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18877.html>

14. Superintendencia de Salud. Charla Educativa «Garantías Explícitas en Salud» [Internet]. Orientación en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. [citado 29 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-4939.html>

15. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en el contexto de multimorbilidad. [Internet]. Santiago, Chile; 2020 [citado 29 de septiembre de 2022]. 82 p. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/Estrategia-de-cuidado-Integral-centrado-en-las-personas-en-contexto-de-multimorbilidad.pdf>

