

Opinión, conocimientos y grado de seguimiento referidos por los profesionales sanitarios españoles de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Proyecto GEMA-TEST

Vicente Plaza^a, Ignasi Bolívar^b, Jordi Giner^a, María Antonia Llauger^c, Antolín López-Viña^d, José Antonio Quintano^e, Joaquín Sanchis^a, Montserrat Torrejón^a y José Ramón Villa^f

^aDepartament de Pneumologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

^bServicio de Epidemiología Clínica. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. España.

^cEquip d'Atenció Primària Encants (CAP Maragall). Institut Català de la Salut (ICS). Barcelona. España.

^dServicio de Neumología. Clínica Puerta de Hierro. Madrid. España.

^eAtención Primaria. Centro de Salud. Lucena. Córdoba. España.

^fSección de Neumología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

OBJETIVO: Se sospecha que el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas del asma entre los profesionales sanitarios es bajo. El presente estudio se ha realizado con el objeto de determinar la opinión, el conocimiento y cumplimiento de las recomendaciones de la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA) entre los profesionales sanitarios españoles.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se elaboró un cuestionario de 15 preguntas de respuesta múltiple que recogían la opinión y conocimiento general sobre las guías de asma, el grado de seguimiento de éstas y, específicamente, de las recomendaciones diagnósticas y terapéuticas de la GEMA. El cuestionario se cumplimentó de forma voluntaria, individual y anónima.

RESULTADOS: Rellenaron el cuestionario 1.066 profesionales: 241 (22,6%) neumólogos y 244 (22,9%) profesionales de enfermería de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 221 (20,7%) pediatras-neumólogos de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP); 220 (20,6%) médicos de atención primaria de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC); 181 (17%) médicos de atención primaria de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), y 38 (3,6%) de otras sociedades. De ellos, 805 (76%) opinaron que las guías para el manejo del asma eran útiles o muy útiles y 771 (72%) conocían la GEMA, pero 388 (36%) reconocían que seguían poco o nunca sus recomendaciones. Entre los médicos participantes, 243 (30,3%) fueron clasificados como malos cumplidores de la GEMA. El análisis multivariante reveló que los profesionales provenientes de las áreas centro y sur españolas, los de atención primaria, los poco convencidos de la utilidad de las guías o los que no las conocen, y los que no empleaban la espirometría se asociaron con un menor cumplimiento de la guía.

CONCLUSIONES: Si bien la mayoría de los profesionales sanitarios españoles encuestados conoce y estima positiva la GEMA, el grado de cumplimiento de ésta es bajo. Los futuros programas docentes encaminados a difundir las guías de asma deberían considerar el perfil del médico no cumplidor de la GEMA e incorporar estrategias educativas dirigidas específicamente a dichos profesionales.

Palabras clave: Asma. Guías de tratamiento del asma. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA).

Knowledge of and Attitudes and Adherence to the Spanish Guidelines for Asthma Management (GEMA) Among Spanish Health Care Professionals: The GEMA TEST Project

OBJECTIVE: Health care professionals' adherence to asthma guidelines is believed to be low. The aim of the present study was to determine the knowledge, attitudes, and adherence of Spanish health care professionals with respect to the Spanish Guidelines for Asthma Management (GEMA).

MATERIAL AND METHODS: A multiple choice test with 15 questions was constructed. Items assessed knowledge of and opinions and adherence to asthma guidelines in general and the GEMA in particular. Test completion was voluntary, individual, and anonymous.

RESULTS: A total of 1066 physicians and nurses took the test. The sample consisted of 241 (22.6%) respiratory medicine specialists and 244 (22.9%) nurses from the Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery (SEPAR), 221 (20.7%) pediatric pulmonologists from the Spanish Society of Pediatric Pulmonology (SENP), 220 (20.6%) general practitioners from the Spanish Society of Family and Community Medicine (semFYC), 181 (17%) general practitioners from the Spanish Society of Rural and General Medicine (SEMERGEN), and 38 (3.6%) others. Asthma guidelines were considered useful or very useful by

Correspondencia: Dr. V. Plaza.
Departament de Pneumologia.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Sant Antoni M. Claret, 167. 08025 Barcelona. España.
Correo electrónico: vplaza@santpau.es

Recibido: 27-2-2007; aceptado para su publicación: 3-7-2007.

805 (76%), and 771 (72%) stated they were familiar with the GEMA. However, 388 (36%) admitted that they followed guidelines seldom or never. The level of adherence to the GEMA was poor for 243 (30.3%) respondents. The multivariate analysis revealed that low adherence was associated with the following characteristics: coming from the geographic center or south of Spain; being a primary care physician, unfamiliar with guidelines, or unconvinced of their utility; and not being a user of spirometry.

CONCLUSIONS: Even though the majority of Spanish health care professionals surveyed seem to know of the GEMA, their adherence to those guidelines is very low. Educational programs that seek to improve knowledge of asthma guidelines should consider the profile of professionals with low adherence to the GEMA so as to include educational strategies that target them specifically.

Key words: *Asthma. Asthma therapy guidelines. Spanish Guidelines for Asthma Management (GEMA).*

Introducción

Entre las novedades acaecidas en los últimos 15 años en relación con el tratamiento del asma destaca, al igual que en otras enfermedades, la proliferación de recomendaciones y guías de buena práctica clínica, tanto en el ámbito nacional¹ como en el internacional². A pesar de su incuestionable valor científico, pues, entre otros aspectos, han ayudado a homogeneizar términos, diagnósticos y tratamientos, su implementación y el grado de seguimiento de sus recomendaciones entre los profesionales sanitarios son cuestionables. Algunos estudios han mostrado, por ejemplo, que el tratamiento del 58-62% de los pacientes no sigue dichas directrices terapéuticas^{3,4}, aun a pesar de disponer sus facultativos de sencillas herramientas informáticas para ayudarles en la toma de decisiones⁵; el empleo de los corticoides inhalados como fármacos preventivos de elección continúa siendo bajo⁶, y en menos del 40% de los pacientes se prescribe medicación de rescate⁷. Es sabido que existe una asociación directa entre el escaso seguimiento de las guías de buena práctica clínica por parte de los profesionales y la mayor morbilidad por asma, con un mayor número de visitas en servicios de urgencias y de hospitalización⁸, y que dicha morbilidad mejora sustancialmente, reduciéndose la gravedad del asma, el número de exacerbaciones y el consumo de recursos, cuando se siguen dichas recomendaciones^{9,10}.

En 2003 se editó la Guía Española para el Manejo del Asma, coloquialmente conocida como GEMA¹, que fue fruto de un amplio consenso entre especialistas relacionados con la enfermedad en nuestro país. En su redacción participaron expertos en la materia pertenecientes a diversas sociedades científicas españolas: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP), Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) y Grupo de Respiratorio de Atención Primaria (GRAP). Si bien las sociedades científicas han efectuado en los 2 últimos años un encomiable esfuerzo para promover su divulgación, se desconoce el

impacto real que estas recomendaciones han tenido en los profesionales. Por tanto, el presente estudio se diseñó para determinar el grado de conocimiento y de seguimiento referido por los profesionales sanitarios españoles de las recomendaciones propuestas en la GEMA. Sus resultados probablemente servirán, por un lado, como orientación de cuál es el grado de implantación de la guía en nuestro ámbito y, por otro, podrían ayudar a identificar carencias concretas (diagnósticas o terapéuticas) en grupos de profesionales determinados.

Material y métodos

Diseño y población

El estudio se diseñó para establecer el grado de conocimiento e implantación de la GEMA entre los profesionales sanitarios españoles. Para ello se empleó un cuestionario elaborado al efecto por los autores del presente estudio, de 15 preguntas de respuesta cerrada múltiple, dirigido a médicos y personal de enfermería pertenecientes a las sociedades científicas que en su día intervinieron en la elaboración de la GEMA.

Se administró el cuestionario a los profesionales sanitarios pertenecientes a: neumología-SEPAR (médicos y enfermería), pediatría neumológica-SENP, atención primaria-Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y atención primaria-SEMERGEN. El cuestionario se cumplimentó de forma voluntaria, individual, anónima e inmediata (no diferida), durante las reuniones y congresos nacionales celebrados en 2005 por las diversas sociedades científicas participantes, al inicio y en la misma sala de conferencias en alguna de sus sesiones.

Cuestionario

Se componía de 15 preguntas de respuesta múltiple cerrada, de rápida cumplimentación (unos 8 min), que interrogaban sobre aspectos demográficos del entrevistado (5 preguntas, números 1-5: edad, sexo, especialidad, procedencia geográfica, número de pacientes con asma visitados al mes); opinión sobre la eficacia de las guías para el asma (pregunta número 6); grado de seguimiento de las recomendaciones (3 preguntas, números 8; 10, y 11); conocimiento general (2 preguntas, números 7 y 9) y específico sobre aspectos diagnósticos (2 preguntas, números 12 y 13, que determinaban, mediante sendos casos clínicos prácticos, si sabían establecer la gravedad clínica y que la prueba de punción no permite por sí sola establecer el diagnóstico de asma, respectivamente) y terapéuticos (2 preguntas, 14 y 15, que valoraban si sabían que los adrenérgicos β_2 de acción corta se administran a demanda en el tratamiento continuo de la enfermedad, y si sabían ajustar las dosis de los fármacos habitualmente empleados en el tratamiento continuo del asma mediante un caso clínico práctico, respectivamente). El personal de enfermería quedó exento de cumplimentar las últimas 4 preguntas (nivel de conocimientos específicos, diagnósticos y terapéuticos). Se diseñó una hoja de recogida de resultados de lectura óptica automatizada para cada entrevistado, para su introducción posterior automática en una base de datos general.

Análisis estadístico

Se efectuó un análisis descriptivo de la muestra para todas las variables recogidas. Los valores se expresaron como porcentaje. Se compararon los porcentajes obtenidos en cada pregunta para los diferentes grupos de especialidad entrevistados

mediante la prueba de la χ^2 . Se consideraron estadísticamente significativas las diferencias con un valor de $p < 0,05$. Los análisis se realizaron con el programa informático SPSS versión 14 (SPSS para Windows, Chicago, Illinois, EE.UU.).

El grado de cumplimiento de la GEMA entre los médicos encuestados de neumología, pediatría y atención primaria se estableció mediante la combinación de las respuestas a las preguntas número 8 (grado de seguimiento de las recomendaciones), 11 (conocimiento general), 13 (conocimiento específico sobre aspectos diagnósticos) y 14 (conocimiento específico sobre aspectos terapéuticos). Con éstas se elaboró una cuantificación ponderada, cuya suma (total de las 4 preguntas) oscilaba entre 0 (valor mínimo) y 12 (valor máximo) puntos, en función del menor o mayor seguimiento y conocimiento general y específico de la guía, respectivamente. La puntuación total obtenida permitió crear una nueva variable, "grado de cumplimiento de la GEMA", que clasificó la muestra en 3 grupos con similar número de participantes cada uno: médico mal cumpli-

dor (< 2 puntos en la cuantificación total), poco cumplidor (entre 3 y 4 puntos) y buen cumplidor (> 5 puntos). Con el objetivo de definir el perfil del médico mal cumplidor de la guía se realizó un análisis de regresión logística en el que se convirtió en dicotómica la variable dependiente "grado de cumplimiento de la GEMA" y se comparó sólo a los médicos clasificados como "malos cumplidores" frente a los "buenos cumplidores". En el modelo de regresión logística se incluyeron todas las variables independientes del estudio, fueran o no significativas en el análisis bivalente.

Resultados

Cumplimentó el cuestionario un total de 1.066 profesionales, de los que el 59% eran mujeres. La edad del 84% de la muestra oscilaba entre los 30 y 60 años. Pertenecían a los siguientes grupos de especialidad: 241

TABLA I

Resultados de toda la muestra analizada y separada por grupos de especialidad profesional: datos demográficos y respuestas agrupadas según opinión y conocimiento general de las guías de asma, de seguimiento de las guías y de conocimiento de la GEMA

	Todos (n = 1.066)	Neumología: SEPAR (n = 241)	Atención primaria: SEMERGEN + semFYC (n = 401)	Pediatría: SENP (n = 221)	Enfermería: SEPAR (n = 244)	p (entre grupos)
1. Características demográficas						
Encuestados entre 30 y 50 años	645 (61%)	128 (57%)	242 (66%)	119 (58%)	118 (61%)	–
Varones/mujeres (%)	41/59	55/45	49/51	33/67	10-90	–
2. Opinión y conocimiento general de las guías sobre el asma						
Utilidad de las guías						< 0,0001
Nada o poco útiles	33 (3%)	2 (1%)	22 (6%)	5 (2%)	2 (1%)	
Moderadamente útiles	221 (21%)	36 (16%)	95 (26%)	40 (19%)	36 (19%)	
Útiles o muy útiles	805 (76%)	185 (83%)	253 (68%)	161 (78%)	152 (80%)	
Guías que conocen						
GINA	672 (63%)	187 (83%)	179 (48%)	183 (89%)	75 (38%)	< 0,001
GEMA	771 (72%)	207 (92%)	204 (55%)	178 (86%)	127 (65%)	< 0,001
De la semFYC	398 (37%)	47 (21%)	255 (69%)	35 (17%)	40 (20%)	< 0,001
Otras	161 (15%)	51 (23%)	33 (9%)	43 (21%)	18 (9%)	< 0,001
Ninguna	59 (5%)	5 (2%)	16 (4%)	4 (2%)	34 (17%)	< 0,001
3. Seguimiento de las guías						
Grado de seguimiento general referido						< 0,001
Nunca o poco	388 (36%)	34 (15%)	165 (45%)	48 (24%)	115 (59%)	
Siempre o bastante	655 (61%)	195 (85%)	202 (55%)	151 (76%)	70 (41%)	
Cómo miden el control del asma ^a					–	
Sólo por entrevista habitual	184 (23%)	31 (14%)	81 (22%)	72 (35%)	–	< 0,001
Por cuestionario específico	196 (24%)	73 (33%)	71 (19%)	52 (25%)	–	0,001
Espirometría	563 (69%)	185 (83%)	258 (69%)	110 (53%)	–	< 0,001
Hiperrespuesta bronquial	130 (16%)	55 (25%)	54 (15%)	21 (10%)	–	< 0,001
Medición de la inflamación bronquial ^b	63 (8%)	44 (20%)	12 (3%)	7 (3%)	–	< 0,001
Efectúan educación de sus pacientes						< 0,001
Nunca u ocasionalmente	704 (66%)	130 (61%)	294 (84%)	122 (63%)	123 (71%)	
Siempre	168 (16%)	54 (25%)	27 (8%)	38 (20%)	37 (21%)	
4. Conocimientos específicos sobre asma^a						
Saben clasificar la gravedad	143 (19%)	52 (25%)	49 (14%)	42 (23%)	–	0,008
Saben que la prueba de punción no establece el diagnóstico de asma	581 (82%)	177 (86%)	242 (75%)	162 (88%)	–	0,009
Desconocen que los adrenérgicos β_2 de acción corta se administran a demanda	503 (69%)	157 (75%)	190 (57%)	156 (85%)	–	< 0,001
Saben ajustar el tratamiento de mantenimiento	239 (33%)	62 (31%)	94 (28%)	83 (43%)	–	< 0,001

Los valores se muestran como número de sujetos por variable y, entre paréntesis, el valor porcentual respecto a su grupo. GINA: Global Initiative for Asthma; SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; SENP: Sociedad Española de Neumología Pediátrica; SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

^aExcluidos el grupo de enfermería y el de otras especialidades diferentes de neumología, atención primaria y pediatría. ^bEosinófilos en esputo y/o óxido nítrico exhalado.

TABLA II

Resultados de la muestra agrupada de médicos de atención primaria, neumología y pediatría (n = 801), distribuida en función del grado de cumplimiento de la GEMA (malo, escaso o bueno), variable establecida mediante la puntuación total combinada de las respuestas a las preguntas 8; 11; 13, y 14 del cuestionario, para las variables demográficas, geográficas y del grado de opinión y conocimiento sobre las guías de asma

	Cumplimiento de la GEMA						p
	Malo (n = 243)		Escaso (n = 306)		Bueno (n = 252)		
	N	%	N	%	N	%	
Edad (años)							
< 40	76	25	130	42	101	33	0,033
40-49,9	93	33	108	39	77	28	
≥ 50	72	34	68	32	73	34	
Especialidad médica							
Atención primaria (semFYC)	91	43	101	47	22	10	< 0,0001
Atención primaria (SEMERGEN)	88	50	58	33	30	17	
Neumología (SEPAR)	39	18	70	31	115	51	
Pediatría (SENP)	37	18	81	39	88	43	
Área donde trabaja							
Norte (Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra)	41	30	40	29	56	41	0,067
Centro (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid)	57	36	60	38	40	26	
Sur (Extremadura, Andalucía)	49	30	68	42	45	28	
Oriental (Aragón, Cataluña, Levante, Murcia, Baleares)	91	28	130	40	102	32	
Canarias, Ceuta y Melilla	3	17	7	39	8	44	
N.º de pacientes con asma atendidos/mes							
≤ 20	170	38	174	38	109	24	< 0,0001
> 20	72	21	130	38	138	41	
Utilidad referida de las guías							
Nada o poco útiles	16	55	9	31	4	14	< 0,0001
Moderadamente útiles	66	38	63	37	42	25	
Útiles o muy útiles	159	27	234	39	206	34	
Conocimiento referido de las guías							
No conozco ninguna	16	64,0	3	12,0	6	24,0	0,001
La guía internacional, GINA	123	22,4	224	40,8	202	36,8	
La guía española, GEMA	138	23,4	235	39,9	216	36,7	
La editada por semFYC	114	33,8	146	43,3	77	22,8	
Otras guías	22	17,3	48	37,8	57	44,9	

Los valores se muestran como número de sujetos por variable y valor porcentual respecto a su grupo. GINA: Global Initiative for Asthma; SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; SENP: Sociedad Española de Neumología Pediátrica; SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

(22,6%) neumólogos y 244 (22,9%) profesionales de enfermería de la SEPAR; 221 (20,7%) pediatras neumólogos de la SENP; 220 (20,6%) médicos de atención primaria de la semFYC; 181 (17%) médicos de atención primaria de la SEMERGEN, y 38 (3,6%) de otras. Hay que considerar que alguno de los entrevistados poseía más de una especialidad.

Un total de 476 de los profesionales (45%) provenían de Aragón, Cataluña, Levante, Murcia y Baleares. Atendían a más de 20 pacientes con asma al mes 439 (41%). Del conjunto de entrevistados, 436 (41%) referían conocer la GEMA gracias a la difusión efectuada por la industria farmacéutica; 374 (35%) por presentaciones de sus redactores y colaboradores, y 370 (35%) por seminarios o talleres.

En la tabla I se muestran y comparan los resultados de toda la muestra analizada, separada por grupos de especialidad profesional, de los datos demográficos y de las respuestas de los encuestados agrupadas según su nivel de opinión y conocimiento general sobre las guías

de asma, de seguimiento de las guías y de conocimiento de la GEMA. Entre otros resultados, cabe destacar que 805 (76%) opinaron que las guías para el manejo del asma eran útiles o muy útiles; 771 (72%) conocían la GEMA, pero 388 (36%) reconocían que seguían poco o nunca sus recomendaciones. Sólo 143 médicos (19%) fueron capaces de clasificar la gravedad y 239 (33%) de tratar la enfermedad conforme a las recomendaciones de la GEMA. La comparación entre grupos de profesionales en general constató un menor grado de seguimiento y conocimiento de la guía entre los médicos de atención primaria y el personal de enfermería los últimos, excluyendo conocimientos específicos de la comparación.

La nueva variable creada, "grado de cumplimiento de la GEMA", permitió clasificar como malos cumplidores a 243 (30,3%) médicos, como poco cumplidores a 306 (38,2%) y como buenos cumplidores a 252 (31,5%). En la tabla II se recogen y comparan los resultados de las variables analizadas para la muestra de médicos de neumología, pediatría y atención primaria (801 en total),

TABLA III
Resultados del análisis multivariante, que muestra las variables que el modelo reconoció como significativas y se incluyeron en la ecuación

	p	OR	IC del 95%	
			Inferior	Superior
Área donde trabaja	0,002	1		
Norte (Galicia, Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra)				
Centro (Castilla y León, Castilla-La Mancha, Madrid)	0,003	3,03	1,46	6,28
Sur (Extremadura, Andalucía)	0,333	1,45	0,68	3,07
Oriental (Aragón, Cataluña, Levante, Murcia, Baleares)	0,849	0,94	0,50	1,78
Canarias, Ceuta, Melilla	0,113	0,23	0,04	1,42
Especialidad	< 0,001			
Neumología (SEPAR)		1		
Atención primaria (semFYC + SEMERGEN)	< 0,001	10,00	5,45	18,33
Pediatría (SENP)	0,153	0,62	0,32	1,20
Utilidad de las guías	0,011			
Útiles o muy útiles		1		
Moderadamente útiles	0,015	2,04	1,15	3,62
Nada o poco útiles	0,049	4,15	1,01	17,10
Seguimiento de los pacientes				
Sin entrevista sistematizada	0,017	2,02	1,14	3,60
Sin espirometría	< 0,001	5,98	3,42	10,45
No conoce la guía española GEMA	0,047	1,77	1,01	3,11

IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*; SEMERGEN: Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista; semFYC: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria; SENP: Sociedad Española de Neumología Pediátrica; SEPAR: Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica.

agrupados en función del grado de cumplimiento de la GEMA (malo, escaso o bueno). El análisis univariante reveló las siguientes características del mal cumplidor de la GEMA: edad entre 40 y 60 años (no los mayores de 60), especialista en atención primaria, que considera poco útiles las guías (sólo 11 opinaron que eran "absolutamente inútiles") y que no conoce ninguna guía o bien conoce la editada por la semFYC.

El análisis multivariante (tabla III) constató que en el perfil del médico no cumplidor encajaban de forma significativa profesionales provenientes de las áreas centro y sur de España, médicos de atención primaria, médicos poco convencidos de la utilidad de las guías o que no las conocían, y los que no empleaban la espirometría para el seguimiento de sus pacientes. Conviene destacar que el número de pacientes atendidos por mes y la edad del profesional, a diferencia de los resultados obtenidos en el análisis univariante, no entraron en el modelo multivariante, al no incluirse dichas variables en la ecuación.

Discusión

En 2003 se publicó la GEMA¹, cuyo principal objetivo era ofrecer un texto resumido que aglutinase la evidencia científica disponible para la mejora del cuidado y manejo del paciente asmático en nuestro ámbito geográfico. Su contenido y sus recomendaciones se adecuaban a nuestra realidad asistencial, tanto en lo que se refiere a los recursos diagnósticos como a los terapéuticos. Texto de paternidad multidisciplinaria, intervinieron en su redacción expertos que provenían de diversas sociedades científicas españolas (neumología, pediatría neumológica y atención primaria). El documento resultante supuso el más amplio consenso entre expertos en asma de nuestro país hasta la fecha. Tras su publicación,

se hizo un considerable esfuerzo para difundirla, con múltiples (entre 250 y 300) presentaciones formales en congresos y reuniones de mayor o menor audiencia. Se editaron unos 200.000 ejemplares del documento original y de sus derivados (versión traducida al catalán, guía de bolsillo, guía para pacientes, guía para educadores), que las mismas sociedades científicas participantes y los representantes de la industria farmacéutica se encargaron de repartir. Se confeccionaron versiones electrónicas para Palm y PC de bolsillo. Además, el material estaba disponible en una página de internet (<http://www.gemasma.com>)¹¹ de libre acceso, que en los 6 primeros meses tras la publicación de la guía fue visitada un total de 445.472 ocasiones.

Los resultados del análisis del presente estudio, que ha evaluado el impacto que ha tenido la GEMA entre los profesionales españoles a los 2 años de su publicación, muestran que ha alcanzado el objetivo respecto a la gran difusión constatada tras su divulgación, pero probablemente no ha conseguido que ello se traduzca en cambios en la actuación clínica habitual de los profesionales. En efecto, si bien la campaña publicitaria adoptada tuvo un gran éxito, pues hasta un 72% de la muestra afirmó conocerla, incluso por encima de la guía internacional GINA (Global Initiative for Asthma), con un 63%, sólo refería seguirla algo más de la mitad (61%), y sobre todo llama la atención el deficiente conocimiento de las recomendaciones diagnósticas (19%) y terapéuticas (33%). Entre los médicos participantes, 243 (30,3%) fueron clasificados como malos cumplidores o seguidores de las recomendaciones de la GEMA. Por otro lado, no hay que olvidar que se trata de información referida por los encuestados, no relativa a lo que en realidad hacen en su práctica clínica habitual, y tomada además de una muestra de participación voluntaria (no

toda la población), por lo que muy probablemente la realidad aún pueda ser peor. Si bien las observaciones de este tipo de estudios por encuesta deberían ser sólo orientativas, pues pueden plantearse ciertas objeciones metodológicas, sus resultados son concordantes con múltiples observaciones tanto pasadas^{3,4} como recientes^{12,13}, incluso en otras enfermedades en nuestro propio ámbito¹⁴.

Aunque las guías y recomendaciones son necesarias y cada vez mejores¹⁵, en la actualidad se cuestiona su eficiencia en la vida real. El debate se centra en cuál es la mejor forma de trasladar la evidencia a la práctica clínica diaria, concretamente, en cómo mejorar la aplicación o implementación de las recomendaciones¹⁶⁻¹⁸. Incluso la última edición de la GINA (2006) dedica un capítulo a esta cuestión¹⁹. La publicación o divulgación aislada de otras acciones complementarias se ha mostrado ineficaz a la hora de conseguir cambios en la actuación de los profesionales, como demostró Lomas²⁰ en una revisión de 19 guías. Por tanto, no se trata de un problema de “información” del profesional —nuestros datos, al igual que los de otros estudios, muestran que esta información existe—, sino de cómo modificar su actitud para tornar el conocimiento (evidencia) en acción (buena práctica clínica). Algunos estudios recientes proponen diversos métodos: empleo de ordenadores portátiles²¹, que se han mostrado muy eficaces como ayuda en la toma de decisiones terapéuticas²²; incorporación a la práctica clínica habitual de sistemas basados en listas de acciones o controles que deben realizarse y de confirmación obligatoria (tipo *checklist*)^{23,24}; programas docentes destinados a grupos reducidos de profesionales en sesiones tipo taller o seminario²⁵; simplificar los mensajes empleando tablas, diagramas de flujo y algoritmos²⁶; incluir en los programas docentes que se imparten a los profesionales mensajes que destaquen que el seguimiento de las recomendaciones proporciona grandes beneficios clínicos para sus pacientes²⁷; dotar de recursos materiales mínimos (historia clínica estandarizada, espirometría, medición de flujo espiratorio máximo) dichas consultas, particularmente las de la medicina de atención primaria²⁸.

Consideramos de especial interés, para futuras estrategias docentes encaminadas a mejorar el seguimiento de este tipo de documentos, los resultados obtenidos en el análisis multivariante del presente estudio, que identificó que en el perfil de médico potencialmente mal cumplidor de la guía encajaban los provenientes de las áreas del centro (ambas Castillas) y sur de España, los de atención primaria, los poco convencidos de la utilidad de las guías o los que no las conocen, y los que no emplean la espirometría de forma sistemática para el seguimiento o control de sus pacientes. Por consiguiente, los futuros programas deberán contemplar, además de la diseminación estándar que se considere adecuada para todos los colectivos de profesionales, una implementación específica dirigida a los de atención primaria del de las áreas del centro y sur de España. Estos programas, aparte de trasladar a los profesionales las oportunas recomendaciones, deberán promover y convencer de la idoneidad y mejora que supone para los pacientes seguir las apropiadamente, además de incentivar el uso de la espirometría de forma habitual.

El presente estudio constata, por otro lado, algunas diferencias al comparar los resultados obtenidos en los 4 grupos de profesionales analizados. En general, se observó un grado de seguimiento y conocimiento significativamente mejores de las guías en general, y de la GEMA en particular, entre los especialistas de neumología y de pediatría neumológica. Destaca la escasa administración de un programa de educación formal a los pacientes con asma (16%), que es preocupantemente baja en el ámbito de los médicos de atención primaria (8%). En cambio, el uso de la espirometría referido por los médicos de atención primaria es mayor que el esperado (69%), pues el estudio ASES²⁹, que entrevistó a casi 200 médicos españoles, mostró que sólo al 31% de los asmáticos controlados habitualmente por los médicos de atención primaria se les había realizado una espirometría recientemente. Entre los resultados observados en el grupo de enfermería llama la atención el significativo menor conocimiento de las guías en general, en comparación con los grupos de médicos, y su escasa implicación en la educación del paciente asmático (sólo el 20% aplicaba y seguía un programa educativo), cuando debiera ser dicho colectivo el que liderase y administrase la educación a dichos pacientes.

Entre otros resultados del estudio, destaca la constatación indirecta de que en nuestro medio la industria farmacéutica desempeña un papel importante en la formación continuada de posgrado de los médicos españoles: hasta un 41% de la muestra manifestó que fue el vehículo mediante el cual llegaron a conocer la existencia de la GEMA. Por otro lado, llama igualmente la atención que sólo un 19% de los médicos consiguiese clasificar adecuadamente el caso clínico que se les planteó en una de las preguntas; circunstancia por otra parte concordante con el reciente cambio introducido en la última edición de la GINA¹⁹, que preconiza el empleo de la clasificación del asma según el grado de control de la enfermedad, en lugar de la gravedad clínica, dado el desconocimiento y, en consecuencia, escaso seguimiento de los profesionales sanitarios, tal como constata el presente estudio.

En definitiva, el estudio constata que el esfuerzo invertido en la edición y difusión de la GEMA consiguió que ésta fuese ampliamente conocida por los profesionales sanitarios españoles habitualmente implicados en el manejo de la enfermedad asmática. No obstante, ello no se tradujo en un conocimiento óptimo de sus recomendaciones diagnósticas y terapéuticas. Además, se constatan graves carencias en alguno de los grupos entrevistados, particularmente en el de enfermería y atención primaria de las zonas central y meridional de España. Estas observaciones deberían tenerse en cuenta en futuras revisiones de la guía, que debería efectuar recomendaciones más sencillas (de recordar y seguir), incorporadas quizá a sistemas informáticos (portátiles y no portátiles) de ayuda para la toma de decisiones clínicas in situ y, finalmente, incorporar un programa docente específicamente dirigido a enfermería y medicina de atención primaria.

Agradecimiento

Al Dr. Ignasi Gich (Servicio de Epidemiología Clínica, Hospital de la Santa Creu i de Sant Pau) por su ayuda en el análisis estadístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clarà P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauger Rosselló MA, et al, en calidad de Comité Ejecutivo de la GEMA y en representación del grupo de redactores. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Arch Bronconeumol. 2003;39 Supl 5:1-42.
2. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. NHLBI/WHO Workshop Report. 2002. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>
3. Roghmann MC, Sexton M. Adherence to asthma guidelines in general practices. J Asthma. 1999;36:381-7.
4. Taylor DM, Auble TE, Calhoun WJ, Mosesso VN Jr. Current outpatient management of asthma shows poor compliance with International Consensus Guidelines. Chest. 1999;116:1638-45.
5. Plaza V, Cobos A, Ignacio-García JM, Molina M, Bergoñón S, García-Alonso F, et al, en representación del grupo investigador AsmaCare. Coste-efectividad de una intervención basada en las recomendaciones de la Global Initiative for Asthma (GINA), mediante un sistema informatizado de apoyo a la decisión clínica: un ensayo con aleatorización de médicos. Med Clin (Barc). 2005; 124:201-6.
6. Rabe KF, Vermeire PA, Soriano JB, Maier WC. Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J. 2000;16:802-7.
7. Piccoro LT, Potoski M, Talbert JC, Doherty DE. Asthma prevalence, cost, and adherence with expert guidelines on the utilization of health care services and costs in a state Medicaid population. Health Serv Res. 2001;36:357-71.
8. Laumann JM, Bjornson DC. Treatment of Medicaid patients with asthma: comparison with treatment guidelines using disease-based drug utilization review methodology. Ann Pharmacother. 1998; 32:1290-4.
9. Cabral AL, Carvalho WA, Chinen M, Barbiroto RM, Boueri FM, Martins MA. Are international asthma guidelines effective for low-income Brazilian children with asthma? Eur Respir J. 1998;12:35-40.
10. Higgins JC, Kiser WR, McClenathan S, Tynan NL. Influence of an interventional program on resource use and cost in pediatric asthma. Am J Manag Care. 1998;4:1465-9.
11. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). Disponible en: <http://www.gemasma.com>
12. Carlton BG, Lucas DO, Ellis EF, Conboy-Ellis K, Shoheiber O, Stempel DA. The status of asthma control and asthma prescribing practices in the United States: results of a large prospective asthma control survey of primary care practices. J Asthma. 2005;42: 529-35.
13. Rodrigo GJ, Plaza V, Bellido-Casado J, Neffen H, Bazús MT, Levy G, et al. Changes in the characteristics of patients hospitalized for acute severe asthma over a ten years period (1994-2004) in Spain and Latin-America: the EAGLE study. Respir Med. En prensa 2008.
14. López de Sá E. Desde las guías de práctica clínica a la realidad diaria en las enfermedades cardiovasculares. Rev Clin Esp. 2005;205:411-2.
15. Moreno-González A, Grupo de Trabajo FUINSA sobre Guías Terapéuticas. Guías terapéuticas. ¿Qué puede esperarse de ellas? Med Clin (Barc). 2005;125:421-2.
16. Partridge MR. Translating research into practice: how are guidelines implemented? Eur Respir J Suppl. 2003;39:23S-9S.
17. Dennis SM, Edwards S, Partridge MR, Pinnock HJ, Qureshi SJ. The dissemination of the British Guideline on the Management of Asthma 2003. Respir Med. 2004;98:832-7.
18. Barnes PJ. Asthma guidelines: recommendations versus reality. Respir Med. 2004;98 Suppl A:1-7.
19. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Workshop Report. Revised 2006. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>
20. Lomas J. Words without action? The production, dissemination, and impact of consensus recommendations. Annu Rev Public Health. 1991;12:41-65.
21. Tschopp JM, Frey JG, Janssens JP, Burrus C, Garrone S, Pernet R, et al. Asthma outpatient education by multiple implementation strategy. Outcome of a programme using a personal notebook. Respir Med. 2005;99:355-62.
22. Hunt DL, Haynes RB, Hanna SE, Smith K. Effects of computer-based clinical decision support systems on physician performance and patient outcomes: a systematic review. JAMA. 1998;280:1339-46.
23. Renzi PM, Ghezzi H, Goulet S, Dorval E, Thivierge RL. Paper stamp checklist tool enhances asthma guidelines knowledge and implementation by primary care physicians. Can Respir J. 2006; 13:193-7.
24. Doherty SR, Jones PD. Use of an "evidence-based implementation" strategy to implement evidence-based care of asthma into rural district hospital emergency departments. Rural Remote Health. 2006;6:529.
25. Clark NM, Gong M, Schork MA, Kaciroti N, Evans D, Roloff D, et al. Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. Eur Respir J. 2000;16:15-21.
26. Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of a practice guideline. Med Care. 1994;32:202-13.
27. Tumiel-Berhalter LM, Watkins R. The impact of provider knowledge and attitudes toward national asthma guidelines on self-reported implementation of guidelines. J Asthma. 2006;43:625-8.
28. Tumiel-Berhalter LM, Hershey CO. Encouraging a systems approach for adherence to national asthma guidelines. J Asthma. 2005;42:593-5.
29. López-Vina A, Cimas JE, Díaz Sánchez C, Coria G, Vegazo O, Picado Valles C; Scientific Committee of ASES study. A comparison of primary care physicians and pneumologists in the management of asthma in Spain: ASES study. Respir Med. 2003;97: 872-81.