

FORMULARIO SOBRE INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN ASMA INFANTIL. AÑO 2010.

Como ya conoces, el Programa Especial de Calidad de la Práctica Clínica y Prestación Farmacéutica (conocido como Índice Sintético) del año 2010 incorporaba la valoración de indicadores de calidad de la prescripción centrados en grupos terapéuticos concretos (antibióticos).

Tras una valoración de los grupos terapéuticos más utilizados en pediatría y de las patologías de amplio interés, para el año 2011 se ha decidido incorporar en el Programa indicadores relacionados con el **tratamiento del asma en pediatría**.

Con el objeto de dar a conocer la evidencia científica y recomendaciones en esta patología, se ha elaborado un **módulo de formación on-line sobre el tratamiento de asma en pediatría**, que está disponible en la plataforma de formación, situada en el Portal de Sanidad. Además también se pueden consultar las recomendaciones en la **Guía Terapéutica Sacyl para pediatría**, disponible en formato on-line en el Portal URM.

Los objetivos de este formulario son fundamentalmente incitar a la reflexión sobre la selección farmacoterapéutica en asma infantil, basada en las recomendaciones de referencia (módulo de formación y guía terapéutica) así como familiarizarse con los indicadores que se incluirán en el Programa en el año 2011.

La cumplimentación y envío de este formulario antes del 13 de marzo del 2011 tendrá una **bonificación de 4 puntos en la Incentivación individual de Médicos pediatras de AP para el año 2010**.



Ejercicio 1

Los corticoides inhalados (CI) deben introducirse de forma precoz en el asma desde el estadio leve persistente. Han demostrado una eficacia superior a los β_2 agonistas de larga duración (BALD) y a los antileucotrienos (ARLT) como tratamiento en monoterapia.

Los CI son por tanto el tratamiento de elección en el asma infantil como terapia de mantenimiento. Numerosos estudios han demostrado que los CI son los fármacos más eficaces en la mejora de la función pulmonar, de la sintomatología y en la reducción de la frecuencia y severidad de las exacerbaciones. Se recomienda adecuar la dosis de CI a la gravedad del asma.

Los CI se deben pautar inicialmente en monoterapia (Nivel 2), no en asociación. Tal como figura en la Guía Terapéutica de Pediatría, la combinación CI+BALD quedaría reservada para pacientes con mayor gravedad (Nivel 3).

Existe un indicador que valora la proporción de prescripción de Corticoides inhalados (beclometasona, budesonida, fluticasona) respecto al conjunto de fármacos corticoides inhalados, tanto en monofármaco como en asociación con BALD (beclometasona, budesonida, fluticasona, budesonida-formoterol, fluticasona-salmeterol, beclometasona-salbutamol), denominado % de Corticoides inhalados en monoterapia (% CI_M).

Según tu perfil de prescripción ¿qué valor crees que tendrías en este indicador durante el periodo enero-octubre de 2010.

- | | |
|------------|-----------|
| a) < 40% | b) 40-60% |
| c) 60-80 % | d) > 80 % |

Ejercicio 2

Los CI son siempre más efectivos que los ARLT en cuanto a mejoría de la función pulmonar, sintomatología, tanto diurna como nocturna, mejoría de la calidad de vida, necesidades de fármacos de rescate o de corticoides orales, y sobre todo en cuanto al control de la frecuencia y severidad de las exacerbaciones.

2.-a ¿Cual de las siguientes afirmaciones en relación a montelukast es falsa?

- a) Su uso en monoterapia debería restringirse a los casos en los que los pacientes no tengan suficiente capacidad para utilizar CI.

- b) En niños menores de 4 o 5 años (según fuentes consultadas) con un tratamiento de nivel 3, el corticoide inhalado debe asociarse a montelukast porque los BALD no están aprobados para su uso en niños de esta edad.
- c) No deben utilizarse en monoterapia si el niño ha sufrido recientemente una crisis asmática que haya requerido la administración de corticoides orales.
- d) Los ARLT en monoterapia son tan eficaces en el control del asma como los corticoides inhalados.
- e) Si se emplease montelukast en monoterapia, es deseable que la familia del niño sea informada de que con este tratamiento se obtendrán peores resultados que con los corticoides inhalados.

2.-b Según la evidencia consultada, los ARLT como terapia adicional a los CI no han demostrado un mejor control del asma reduciendo dosis de CI. Una selección adecuada de antiasmáticos no se centra en utilizar ARLT de primera opción. Por ello, aunque estos fármacos no se utilizan solo en asma infantil, existe un indicador de calidad de prescripción que valora el porcentaje de prescripción de ARLT (montelukast, zafirlukast) respecto a los fármacos antiasmáticos más utilizados (CI como monofármaco o en asociación con BALD y ARLT). Este indicador se denomina % de antileucotrienos vs antiasmáticos (% ARLT).

Según tu perfil de prescripción ¿qué valor crees que tendrías en este indicador durante el periodo enero-octubre de 2010.

- | | |
|------------|-----------|
| a) < 35% | b) 35-50% |
| c) 50-65 % | d) > 65 % |

Ejercicio 3

Un estudio realizado en el Reino Unido en el que se analizaron las historias clínicas de niños que estaban siendo tratados con broncodilatadores mostró que el 48% no tenía diagnóstico de asma registrado en la historia clínica. En Navarra en el año 2008 un 32% de los niños tratados con antileucotrienos no tenían en la historia diagnóstico de asma. En el Servicio andaluz de Salud se considera un criterio de calidad que

“En la historia clínica de todo paciente en edad pediátrica al que se prescriben broncodilatadores como tratamiento de mantenimiento, se registrará el diagnóstico que justifica la prescripción: asma infantil (tratamiento de mantenimiento se define como pautado, no a demanda).” Con un objetivo mínimo de registro del 55% y óptimo del 75%

3.-a ¿Qué opinión te merece este indicador?

- a) Me parece bien, una prescripción correcta pasa por un diagnóstico correcto.
- b) No veo el interés, no creo que sea un problema de nuestro Servicio de Salud.
- c) Me parecen bien los objetivos, pero el estándar debería ser elevado.
- d) Creo que se trata de un problema de registro incorrecto, no de un verdadero problema clínico.
- e) Es fundamental que el registro del diagnóstico de asma en niños sea adecuado por las implicaciones tan importantes que tiene para la salud del paciente.

3.-b Estarías dispuesto a realizar una auditoría interna de tus propias historias clínicas para valorar este criterio de calidad.

- a) Si
- b) No

Ejercicio 4

Consulta la Guía Sacyl de Pediatría para el problema de salud del asma infantil y marca la opción que NO es correcta:

- a) Los BALD no deben emplearse en asma infantil en pacientes no tratados anteriormente con CI.
- b) Los BALD se añaden a CI cuando no se ha logrado un control adecuado con el CI en monofármaco en niños mayores de 5 años.
- c) Los ARLT asociados a los CI pueden ser una alternativa para niños menores de 5 años cuando no se ha controlado el asma con el CI en monoterapia.
- d) En cuanto al dispositivo para el CI no se debe utilizar el inhalador presurizado convencional con cámara espaciadora