

## EDITORIAL

# ¿Una cuestión de calidad? Un solo cuestionario para medir el control del asma, estructurar las revisiones del asma y supervisar los niveles de los servicios sanitarios

Véase el artículo relacionado de Kiotseridis y cols. en Prim Care Respir J 2012; 21(2): página 139

\*Hilary Pinnock<sup>a</sup>, Helen Lester<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Senior Clinical Research Fellow, Allergy and Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences, The University of Edinburgh, Edimburgo, Reino Unido

<sup>b</sup> Professor of Primary Care, School of Health and Population Sciences, University of Birmingham, Birmingham, Reino Unido

\*Correspondencia: Dr Hilary Pinnock, Allergy and Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences The University of Edinburgh, Doorway 3, Medical School, Teviot Place, Edinburgh, EH8 9AG, UK  
Tel: +44 (0)131 650 8102 Fax: +44 (0)131 650 9119  
Correo electrónico: hilary.pinnock@ed.ac.uk

El artículo de Kiotseridis y cols.<sup>1</sup>, que describe el cuestionario de vida activa con asma (ALMA) en este número de *Primary Care Respiratory Journal*, plantea tantas preguntas como respuestas. Podría decirse que la cuestión técnica abordada en el artículo referente a la validez de un subgrupo de preguntas como evaluación del control del asma es la pregunta más sencilla de responder. Basadas adecuadamente en una investigación cualitativa, las 14 preguntas diseñadas para medir el control del asma se comparan satisfactoriamente con el instrumento de referencia, el Cuestionario de control del asma (ACQ)<sup>2</sup>. Sin embargo, es necesario abordar las cuestiones más interesantes:

## a) ¿Cómo encajan los cuestionarios en la estructura bien definida de una consulta de atención primaria?

La experiencia en el ámbito de la atención primaria en el Reino Unido, donde se introdujo el Cuestionario de salud del paciente 9 (PHQ-9) como medición de la gravedad de la depresión en la *Quality and Outcomes Framework* (QOF)<sup>3</sup> en 2006, no es del todo alentadora. Aunque los pacientes fueron relativamente positivos y consideraron que la cumplimentación de cuestionarios les hizo pensar que les tomaban más en serio<sup>4</sup>, los médicos generales (MG) opinaron que pedir a los pacientes que rellenasen un cuestionario era una molestia, interrumpía el flujo de la consulta y añadía poco a su juicio clínico<sup>5</sup>. Sin embargo, el *International Primary Care Respiratory Group* (IPCRG), en su priorización reciente de las necesidades de investigación, señala que el uso de cuestionarios (o solo "preguntas") es un método importante para diagnosticar y evaluar los trastornos respira-

torios en el contexto relativamente poco tecnológico de la atención primaria<sup>6</sup>. La evaluación objetiva del control es un componente esencial de las revisiones del asma que sustenta las decisiones terapéuticas<sup>7</sup>. El instrumento ALMA ofrece una serie de preguntas validadas sobre morbilidad, aunque para algunos médicos la incorporación de las preguntas a una consulta de asma puede ser un problema práctico.

## b) ¿Se cumplimentarán "adecuadamente" los cuestionarios en la práctica clínica?

La ciencia que fundamenta la creación de los resultados comunicados por los pacientes (RCP) resalta la importancia no solo de una redacción precisa de las preguntas, sino también del contexto y la manera de formularlas para garantizar que el instrumento mida en todo momento lo que pretende medir<sup>8</sup>. Instrumentos como el ACQ son validados por pacientes voluntarios autoseleccionados que rellenan los cuestionarios bajo la supervisión de investigadores preparados, y los nuevos modos de cumplimentación se evalúan meticulosamente para garantizar que no afectan a las tasas de respuesta ni a la validez<sup>9,10</sup>. Desde hace tiempo, los investigadores vienen expresando la esperanza de que su instrumento tenga aplicabilidad clínica<sup>11</sup>, pero en la práctica clínica es improbable una normalización tan esmerada; los médicos adoptan una serie de estrategias prácticas para superar los problemas de tiempo, lenguaje, bajo nivel cultural e interrupción percibida de la consulta. La experiencia con el PHQ-9 en el contexto de la QOF identificó siete estrategias de este tipo<sup>12</sup> (como incorporar preguntas parafraseadas en la conversación y calcular una puntuación después de la consulta), lo que negaba completamente la validación. Aunque las preguntas utilizadas en el ejercicio de validación descrito por Kiotseridis y cols. se obtuvieron mediante la cumplimentación de un cuestionario en papel (5 minutos) por el paciente, la base de datos de ALMA de la práctica real es una aplicación en Internet (probablemente cumplimentada por el médico) que inmediatamente cambia la dinámica del proceso de cumplimentación.

## c) ¿Qué efecto tiene una plantilla en una revisión del asma?

La base de datos de ALMA, sin embargo, es algo más que otro RCP para valorar el control del asma: es un instrumento destinado a estructurar las revisiones del asma. Se ha demostrado que el tratamiento estructurado del asma, con inclusión de evaluaciones del control, mejora los resultados de los pacientes, por ejemplo, en el plan de visitas australiano 3+<sup>13</sup>. Las plantillas

son bien recibidas como medio para mejorar la observancia de los protocolos por los médicos<sup>14</sup>, pero tienen el problema de imponer una rutina que en potencia excluye la perspectiva de los pacientes<sup>15</sup>. La cumplimentación de listas de comprobación facilita el registro de resultados negativos no obtenidos de manera explícita<sup>16</sup>. Los autores deben considerar el registro de revisiones del asma o la realización de una investigación cualitativa para saber cómo se aplica el instrumento ALMA, su efecto en el proceso de la consulta y, lo que es muy importante, si la identificación de un control deficiente motiva un aumento adecuado del tratamiento y mejora los resultados de los pacientes.

#### d) ¿Cómo se podrían beneficiar los sistemas sanitarios?

Hay una cuestión final referente al instrumento ALMA: ¿Puede aumentar el cuestionario los niveles asistenciales en una comunidad sanitaria? El uso sistemático y la creación de una base de datos brindan la oportunidad de observar los niveles de las consultas y luego compararlos con la buena práctica como primer paso para aumentar la calidad de la asistencia. Aunque las puntuaciones de morbilidad se han utilizado de forma generalizada para valorar el control del asma como parte de las iniciativas para mejorar la asistencia en comunidades sanitarias - por ejemplo en Finlandia<sup>17</sup> y EE.UU.<sup>18</sup> - los datos se suelen recabar mediante un cuestionario de autoevaluación como parte del análisis de una iniciativa y, por tanto, no reflejan la evaluación del control en la práctica real empleando datos obtenidos de la manera habitual. En el estudio del IPCRG *Helping Asthma in Real Patients* (HARP) iniciado en Irlanda<sup>19</sup> y ahora proseguido en el Reino Unido, Alemania, Francia, Italia, España, Suecia, Noruega y Australia se utilizan algunos datos recabados de forma habitual, extraídos de sistemas informáticos de la práctica, pero se resuelve la falta de sistemas codificados enviando cuestionarios a las personas asmáticas para determinar la morbilidad.

Al crear una base de datos de evaluaciones del asma realizadas en la comunidad sanitaria local, el proyecto del ALMA tiene una gran oportunidad de supervisar los resultados relacionados con los pacientes y el efecto de las iniciativas en los niveles de la asistencia. Un objetivo fundamental explícito de la QOF del Reino Unido es mejorar la calidad<sup>20</sup>. Cuando el 20% de los ingresos de las consultas están vinculados al pago por indicadores de rendimiento, hay una gran motivación para conseguir los máximos puntos (las consultas del Reino Unido lograron el 98,7% de los puntos disponibles de la QOF para el asma en 2010/11<sup>21</sup>). Será interesante comparar los resultados del esquema voluntario del ALMA con los niveles conseguidos en la QOF recompensada económicamente.

#### Una cuestión de calidad

La iniciativa descrita por Kiotseridis y cols. responde a una pregunta: el control del asma registrado mediante el cuestionario ALMA se compara satisfactoriamente con el instrumento de referencia ACQ. El tiempo y las futuras investigaciones nos dirán si al estructurar la evaluación del control es posible mejo-

rar la calidad de la asistencia proporcionada a cada paciente, y también si al supervisar sistemáticamente revisiones del asma estructuradas es posible aumentar la calidad del tratamiento del asma en una comunidad sanitaria. Esta es una cuestión de calidad.

**Conflictos de intereses** HP es directora adjunta de PCRJ, pero no participó en la revisión editorial ni en la decisión de publicar este artículo. HL trabaja como contratista externa para el NICE desarrollando y poniendo a prueba indicadores de la QOF: sus opiniones son personales y no representan las del NICE.

**Financiación** HP está subvencionada por una *Primary Care Research Career Award* de la *Chief Scientist's Office* del gobierno escocés

Artículo encargado; sin revisión externa por expertos; aceptado el 31 de enero de 2012; publicado en Internet el 23 de marzo de 2012

© 2012 Primary Care Respiratory Society UK. Reservados todos los derechos

<http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00030>

*Prim Care Respir J* 2012;21(2):122-4

## Bibliografía

1. Kiotseridis H, Bjermer L, Pilman E, et al. ALMA, a new tool for the management of asthma patients in clinical practice: development, validation and initial clinical findings. *Prim Care Respir J* 2012;21(2):139-44. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2011.00091>
2. Juniper EF, Svensson K, Mork AC, Stahl E. Measurement properties and interpretation of three shortened versions of the asthma control questionnaire. *Respir Med* 2005;99:553-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2004.10.008>
3. NHS Confederation, British Medical Association. New GMS Contract 2003: investing in general practice. London. March 2003
4. Leydon GM, Dowrick CF, McBride AS, et al. on behalf of the QOF Depression Study Team. Questionnaire severity measures for depression: a threat to the doctor-patient relationship? *Br J Gen Pract* 2011;61:117-23. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X556236>
5. Dowrick C, Leydon GM, McBride A, et al. Patients' and doctors' views on depression severity questionnaires incentivised in UK quality and outcomes framework: qualitative study. *BMJ* 2009;338:b663. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.b663>
6. Pinnock H, Ostrem A, Román Rodríguez M et al. Prioritising the respiratory research needs of primary care: the International Primary Care Respiratory Group (IPCRG) e-Delphi exercise. *Prim Care Respir J* 2012;21(1):19-27. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2012.00006>
7. Pinnock H, Fletcher M, Holmes S, et al. Setting the standard for routine asthma consultations: a discussion of the aims, process and outcomes of reviewing people with asthma in primary care. *Prim Care Respir J* 2010;19:75-83. <http://dx.doi.org/10.4104/pcrj.2010.00006>
8. Fitzpatrick R, Davey C, Buxton MJ, Jones DR. Evaluating patient-based outcome measures for use in clinical trials. *Health Technology Assessment* 1998;2(14):1-74.
9. Pinnock H, Sheikh A, Juniper E. Evaluation of an intervention to improve successful completion of the Mini-AQLQ: comparison of postal and supervised completion. *Prim Care Respir J* 2004;13:36-41. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcrj.2003.11.004>
10. Pinnock H, Sheikh A, Juniper E. Concordance between supervised and postal administration of the MiniAQLQ and ACQ is very high. *J Clin Epidemiol* 2005;58:809-14. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2005.01.010>
11. Juniper EF, Bousquet J, Abetz L, Bateman ED. Identifying 'well-controlled' and 'not well-controlled' asthma using the Asthma Control Questionnaire. *Respir Med* 2006;100:616-21. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2005.08.012>
12. Mitchell C, Dwyer R, Hagan T, Mathers N. Impact of the QOF and the NICE guideline in the diagnosis and management of depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract* 2011;61:343-4. <http://dx.doi.org/10.3399/bjgp11X572472>
13. Glasgow NJ, Ponsonby A-L, Yates R, Beilby J, Dugdale P. Proactive asthma care in childhood: general practice based randomised controlled trial. *BMJ* 2003;327:659-65. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.327.7416.659>
14. Ventres W, Kooienga S, Vuckovic N, Marlin R, Nygren P, Stewart V. Physicians, Patients, and the Electronic Health Record: An Ethnographic Analysis. *Ann Fam Med* 2006;4:124-1. <http://dx.doi.org/10.1370/afm.425>
15. Rhodes P, Langdon M, Rowley E, Wright J, Small N. What Does the Use of a Computerized Checklist Mean for Patient-Centered Care? The Example of a Routine Diabetes Review. *Qualitative Health Research* 2006;16:353-76. <http://dx.doi.org/10.1177/1049732305282396>
16. Brownbridge G, Evans A, Fitter M, Platts M. An interactive computerized protocol for the management of hypertension: effects on the general practitioner's clinical behaviour. *J Royal Coll Gen Practitioners* 1986;36:198-202.

17. Haahtela T, Klaukka T, Koskela K, et al. Asthma programme in Finland: a community problem needs community solutions. *Thorax* 2001;56:806-14. <http://dx.doi.org/10.1136/thorax.56.10.806>
18. Vollmer WM, Markson LE, O'Connor E, Frazier EA, Berger M, Buist AS. Association of Asthma Control with Health Care Utilization: A Prospective Evaluation. *Am J Respir Crit Care Med* 2002;165:195-9.
19. Sims EJ, for the HARP study group. Helping Asthma in Real Patients (The HARP study): Interim Report for the IPCRG. Available from <http://www.theipcr.org/res-needs/harp.php> (accessed January 2012)
20. Department of Health. Equity and Excellence: Liberating the NHS. London: Department of Health, 2010 (Cm 7881)
21. The Information Centre. Quality and Outcomes Framework Achievement Data 2010/11. Available from <http://www.ic.nhs.uk> (accessed 8.1.12)