

ORIGINALES

¿Podemos mejorar el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en atención primaria?

**J.F. Menárguez Puche, M.D. Lorenzo Zapata, M.I. Sánchez López, P.A. Alcántara Muñoz,
F.J. López Román y A.B. Martínez González**

Centro de Salud Virgen de la Consolación. Molina de Segura. Murcia.

Objetivo. Evaluar mejora del manejo terapéutico de la rinitis alérgica.

Diseño. Estudio de nivel de calidad (longitudinal, prospectivo, de intervención).

Emplazamiento. Atención primaria.

Pacientes u otros participantes. *Primera evaluación* (segundo trimestre de 1995): entre 305 pacientes se muestraron 73 (confianza, 5%; precisión, 10%). *Segunda evaluación* (segundo trimestre de 1996). Tamaño muestral de 51 pacientes de un total de 210.

Intervenciones. Se analizaron criterios explícitos y normativos de proceso basados en consenso de tratamiento de rinitis y un indicador resumen de calidad de manejo global. Criterio 1 (C1): tratamiento correctamente escalonado. Criterio 2 (C2): tratamiento inicial electivo con corticoides inhalados. Criterio 3 (C3): correcta utilización de corticoides orales o inmunoterapia. Criterio 4 (C4): terapia coadyuvante según síntomas predominantes. Medidas correctoras: formación continuada y uso rutinario de guía para la práctica. Estadística: índice cumplimiento criterios, χ^2 y Z de Fisher con test de una cola para comparar ambas evaluaciones.

Mediciones y resultados principales. *Primera evaluación:* índice cumplimiento C1 = 59% (IC ± 11); C2 = 41% (IC ± 11); C3 = 90% (IC ± 6), y C4 = 83% (IC ± 8). Los criterios y el indicador resumen obtuvieron mejores resultados en los pacientes atendidos por alergólogos.

Segunda evaluación con mejora global: C1 = 68,6% (IC ± 13); C2 = 57% (IC ± 13); C3 = 94% (IC ± 6), y C4 = 98% (IC ± 3). Diferencias significativas para C4 y C2 ($p < 0,05$).

La calidad global y de criterios mejoró entre los pacientes atendidos en nuestro ámbito. El indicador resumen pasó del 35,6% al 57% ($p = 0,019$), igualándose los niveles de calidad (C1-C4) a los de pacientes atendidos en alergia y desapareciendo las diferencias significativas de la primera evaluación.

Conclusiones. La formación continuada y la utilización rutinaria de guías para la práctica permite mejorar el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en atención primaria.

Palabras clave: Rinitis alérgica. Atención primaria. Tratamiento. Evaluación y mejora de la calidad.

CAN WE IMPROVE THERAPEUTIC MANAGEMENT OF ALLERGIC RHINITIS IN PRIMARY CARE?

Objective. To evaluate improvement in therapeutic management of allergic rhinitis.

Design. Study of level of quality (longitudinal, prospective, intervention).

Setting. Primary care.

Patients and other participants. *First evaluation* (second quarter of 1995): 73 out of 305 patients were sampled (confidence 5%, accuracy 10%). *Second evaluation* (second quarter of 1996). Sample of 51 patients from a total of 210.

Interventions. Explicit criteria and standard procedure, based on consensus, for rhinitis treatment and an overall indicator of the general quality of rhinitis management were analysed. Criterion 1 (C1): correctly scaled treatment; criterion 2 (C2): initial treatment of choice with inhaled corticoids; criterion 3 (C3): correct use of oral corticoids or immunotherapy; criterion 4 (C4): coadjutant therapy according to predominant symptoms.

Corrective measures: ongoing training and routine use of guide to practice. Statistics: index of compliance with criteria, Chi squared and Fisher's Z tests of a tail to compare both evaluations.

Measurements and main results. *First evaluation:* index of compliance with C1 = 59% (CI ± 11), C2 = 41% (CI ± 11), C3 = 90% (CI ± 6) and C4 = 83% (CI ± 8). Criteria and summary indicator obtained better results in patients attended by allergists. *Second evaluation with overall improvement:* C1 = 68,6% (CI ± 13), C2 = 57% (CI ± 13), C3 = 94% (CI ± 6), C4 = 98% (CI ± 3). Significant differences for C4 and C2 ($p < 0,05$). Overall quality and quality of criteria improved for patients attended in our environment. The summary indicator went up from 35,6% to 57% ($p = 0,019$), with the quality levels (C1-C4) becoming the same as those of the patients with allergy attended and with significant differences in the first evaluation disappearing.

Conclusions. Ongoing training and routine use of guides to practice enables the therapeutic management of allergic rhinitis in primary care to be improved.

Key words: Allergic rhinitis. Primary care. Treatment. Evaluation and improvement of quality.

(Aten Primaria 2001; 27: 227-233)

Este estudio ha sido presentado en la mesa de mejores experiencias regionales del II Congreso Regional de Calidad Asistencial, que se celebró en Murcia en 1999.

Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

Correspondencia: Juan Francisco Menárguez Puche.

Centro de Salud Virgen de la Consolación. C/ Asociación, s/n. 30500 Molina de Segura (Murcia).

Correo electrónico: palcantaram@papps.org

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-XI-2000.

Introducción

La rinitis alérgica es una enfermedad muy prevalente en la mayoría de países desarrollados, afectando según diferentes autores a un 10-20% de la población general¹⁻³. Representa un problema de salud de incidencia creciente en todos los países⁴⁻⁶. En nuestro medio, aunque no conocemos datos concretos, la incidencia se estima como muy elevada⁷. En estudios realizados en consultas ambulatorias de otorrinolaringología ocupa el cuarto lugar en cuanto al número de diagnósticos⁸.

En cuanto a las repercusiones sociosanitarias, a nivel individual la enfermedad puede producir restricciones sobre aspectos físicos, psíquicos y laborales de los pacientes. A pesar de ello, diversos estudios han demostrado que la enfermedad se ha subestimado como causa de sufrimiento y deterioro de la calidad de vida^{9,10}. Desde el punto de vista socioeconómico, los costes directos e indirectos estimados para Europa suponen del orden de 3.500 millones de euros anuales¹¹.

Aunque los pacientes con rinitis alérgica se benefician de un estudio inicial conjunto del médico de familia (MF) con el alergólogo, esta enfermedad representa un problema de salud que reúne todas las condiciones para ser atendido, en la mayoría de ocasiones por el MF. Es un problema de alta prevalencia comunitaria y que condiciona una frecuentación elevada

TABLA 1. Criterios de calidad sobre el manejo terapéutico de rinitis alérgicas

Criterios	Aclaraciones	Excepciones
Criterio 1 (C1). Tratamiento correctamente escalonado	El tratamiento de los pacientes debe hacerse de forma escalonada, siguiendo las pautas del consenso de Atenas	Ninguna
Criterio 2 (C2). Tratamiento inicial correcto	El tratamiento debe iniciarse siempre con corticoides por vía inhalatoria	Pacientes con síntomas oculares intermitentes, en los que se podrá iniciar el tratamiento con antihistamínicos no sedativos por vía oral
Criterio 3 (C3). Tratamiento inmunoterápico o corticoide oral correcto	Sólo se usarán corticoides por vía oral o inmunoterapia en casos graves o resistentes al tratamiento habitual	Pacientes seleccionados y atendidos en centros especializados
Criterio 4 (C4). Asociación correcta de fármacos	Los pacientes podrán ser tratados con terapia coadyuvante, según los síntomas predominantes, cuando persistan síntomas importantes pese al tratamiento inicial: prurito y estornudos, antihistamínicos; rinorrea, bromuro de ipatropio nasal; obstrucción nasal, descongestivos alfaadrenérgicos; síntomas oculares, tratamiento tópico u oral con antihistamínicos o cromoglicato disódico	Ninguna

en nuestras consultas. Su gravedad suele ser escasa y para su abordaje, en la mayoría de los casos, no son necesarios recursos tecnológicos complejos. El manejo terapéutico de pacientes con rinitis alérgica requiere en la mayoría de casos un tratamiento farmacológico, utilizando distintos fármacos con diferentes acciones⁴. Algunos de ellos tienen escasa o nula actividad antiinflamatoria sobre la mucosa nasal y otros pueden ocasionar iatrogenia¹². Por todas estas razones, pensamos que debíamos profundizar en el conocimiento de su manejo terapéutico para mejorar la atención a estos pacientes.

La progresiva inclusión en el ámbito de la atención primaria (AP) de programas de gestión de calidad está suponiendo para sus profesionales el poder disponer de una herramienta que les permite medir, comparar, corregir y en definitiva mejorar la calidad de sus actuaciones¹³. En el marco del programa de gestión de la calidad de nuestro equipo¹⁴ se desarrollan diferentes actividades desde hace tiempo. Elegimos como actividad fundamental los ciclos de mejora por nuestro contexto. Al ser un centro acreditado para la docencia, pensábamos que este tipo de actividades tenía un enor-

me valor didáctico y efecto motivador sobre los profesionales en formación.

Identificado como probable problema de calidad en nuestro equipo el manejo terapéutico de la rinitis alérgica, diseñamos este estudio cuyo objetivo fue evaluar la mejora del manejo terapéutico de la rinitis alérgica tras una actividad de formación continuada y la puesta en marcha de un protocolo.

Material y método

Se realizó un estudio longitudinal y de intervención por medio de la metodología de los ciclos de mejora de la calidad¹⁵. Se eligió un enfoque evaluativo de tipo interno con el objetivo de resolver el problema de calidad detectado.

Construcción de criterios

Tras identificar como probable problema de calidad el manejo terapéutico de la rinitis alérgica, se construyeron cuatro criterios, utilizando una evidencia científica de grado III para los criterios 1, 2 y 4 y de grado I para el criterio número 2¹⁶. Se usó como fuente bibliográfica básica el informe de un simposio sobre rinitis alérgica que se celebró en Atenas en 1993, donde se elaboró un documento de consenso sobre el manejo de esta enfermedad⁴. El algoritmo de manejo terapéutico elaborado en dicho simposio puede observarse en la figura 1.

Los criterios diseñados fueron consensuados entre los profesionales médicos. En una reunión de equipo se debatió el tema y se elaboraron cuatro criterios explícitos y normativos de proceso asistencial.

Aunque no se realizó un proceso de validación de criterios, subjetivamente se llegó a la conclusión de que su validez facial y de contenido era adecuada¹⁷. Por medio de una exhaustiva especificación de los criterios, se intentó evitar los problemas relacionados con la valoración de los evaluadores (sesgo interobservador). Para garantizar la fiabilidad de criterios se calculó índice Kappa (IK) de concordancia interobservador¹⁸.

Diseño del estudio del nivel de calidad

Posteriormente, se procedió a la elaboración del estudio, identificando los diferentes componentes del mismo¹⁵:

1. Descripción detallada de los criterios. Los cuatro criterios elaborados con sus correspondientes aclaraciones y excepciones pueden observarse en la tabla 1.
2. Dimensión estudiada. Calidad científico-técnica.
3. Tipo de datos. De proceso asistencial.
4. Unidades de estudio. Los «casos» incluidos en el estudio estuvieron definidos por:
 - Ser pacientes de cualquier edad, diagnosticados de rinitis alérgica, que acudieran a consulta médica a demanda.
 - Pertener a cualquiera de los 9 cupos médicos de nuestro equipo que tenían registro de morbilidad informatizado.

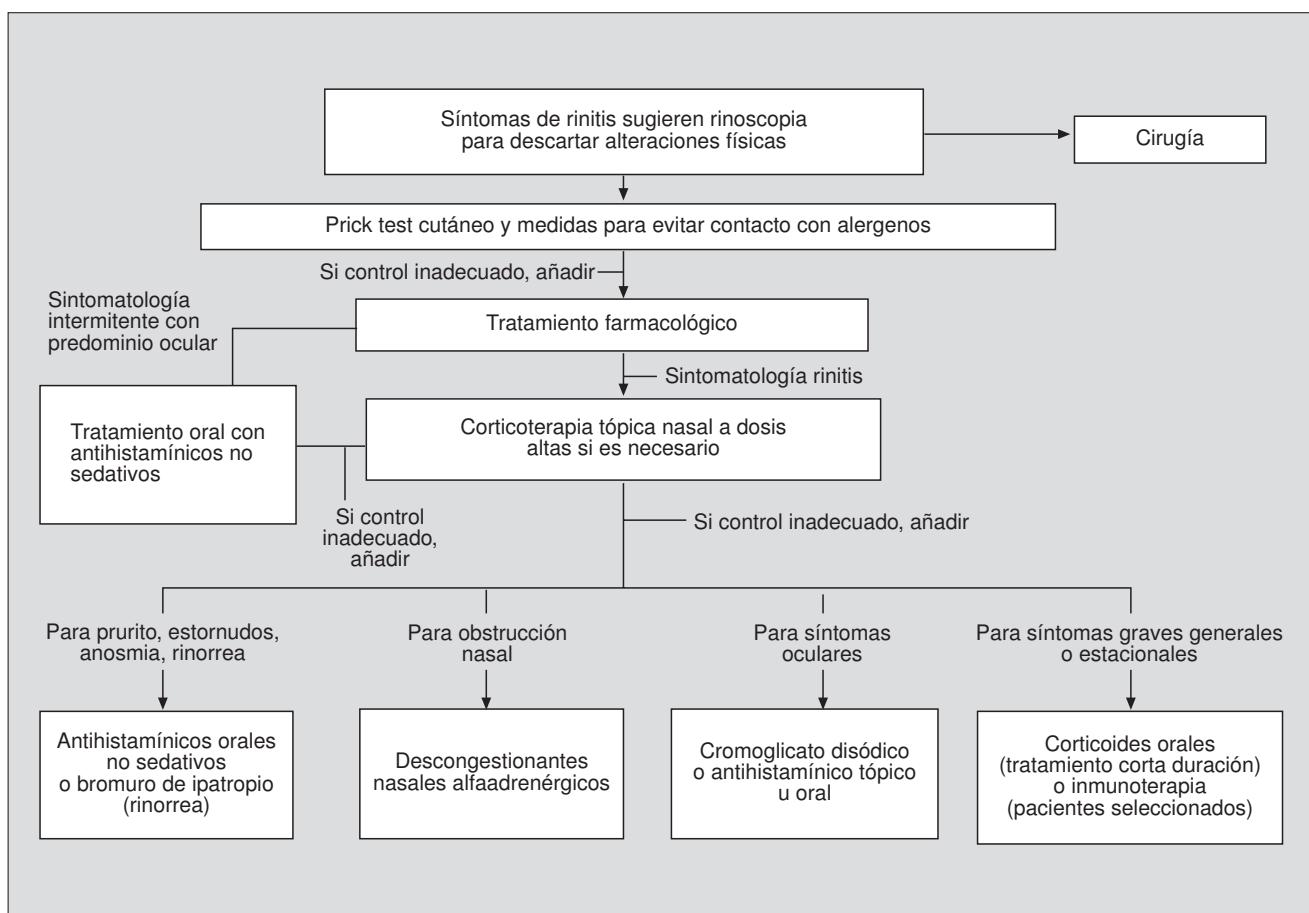


Figura 1. Algoritmo de manejo terapéutico de la rinitis alérgica consensuado en el simposio de Atenas⁴.

– Consultar durante el período de tiempo elegido como marco para la extracción de casos en las 2 evaluaciones (segundo trimestre de 1995 y 1996). En cuanto al período de tiempo evaluado, fue de todas las consultas necesarias para comprobar el manejo terapéutico de la rinitis.

5. Fuente de datos:

– Para la identificación de casos se utilizó la base de datos del sistema de informatización de equipos de atención primaria (SICAP)¹⁹. Se eligieron aquellos casos codificados con el número 477, en el que se incluían las rinitis alérgicas.

– Para la evaluación se utilizó la información recogida en la historia clínica de AP y las hojas de interconsulta de alergia.

6. Identificación y muestreo de las unidades de estudio. El marco muestral lo constituyó el total de pacientes que consultaron por rinitis alérgica durante los períodos correspondientes a las 2 eva-

luaciones (el primero durante el segundo trimestre de 1995 y el segundo durante el mismo período de 1996). El tamaño muestral se calculó para una prevalencia del 50%, confianza del 95% y precisión del 10%. En la primera evaluación, de un número total de 305 pacientes se seleccionaron por muestreo sistemático 73 casos. En la segunda evaluación, y con las mismas condiciones, se seleccionaron 51 casos de un total de 210 pacientes que consultaron.

7. Tipo de evaluación:

- Según relación temporal: retrospectiva.
- Según iniciativa: interna.
- Según quién obtenía los datos: cruzada (peer-review).

Análisis y presentación de los datos de la evaluación

Para presentar los resultados de la primera evaluación se calcularon los índices de cumplimiento de los cuatro crite-

rios con sus correspondientes intervalos de confianza. Se realizó también un diagrama de Pareto para comprobar los criterios con mayor número de incumplimientos y priorizar las actuaciones¹⁷. Para intentar dimensionar el problema de forma más correcta, identificando aquellos pacientes más dependientes de nuestra actuación con el objetivo de mejorar la calidad, se compararon los resultados de aquellos pacientes atendidos «fundamentalmente» por su MF o alergólogo. Para caracterizar a los pacientes en uno u otro grupo, se consideró de forma operativa que:

- El médico que trataba y hacía el seguimiento de la rinitis era el MF cuando el paciente era visto por el alergólogo como máximo una vez al año o cuando, viéndolo el alergólogo más de una vez al año, el MF valoraba periódicamente al paciente y le ajustaba el tratamiento.
- El médico que trataba y hacía el seguimiento era el alergólogo cuando éste

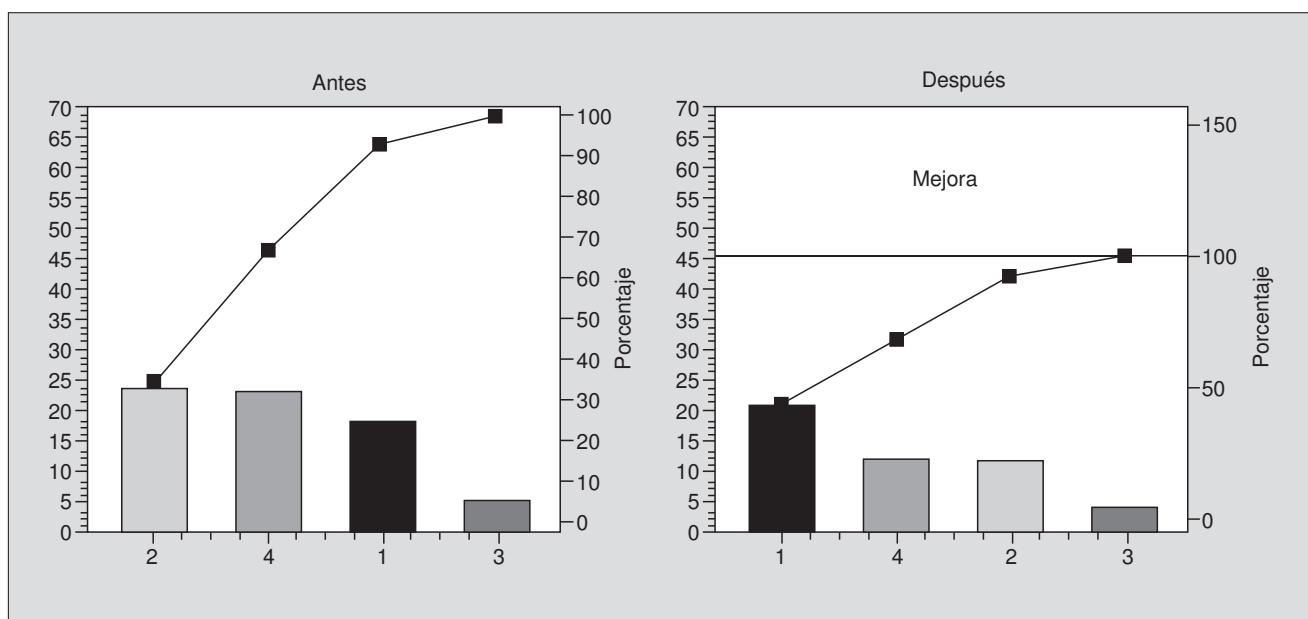


Figura 2. Diagrama de Pareto antes-después comparativo de primera y segunda evaluación. En ambos ejes de abscisas se presentan los cuatro criterios con su correspondiente número (1, 2, 3 y 4), ordenados de mayor a menor número de incumplimientos. En el diagrama de Pareto correspondiente a la primera evaluación (antes) se presenta en el lado izquierdo del eje de ordenadas los incumplimientos en términos absolutos y a la derecha en porcentaje. En el diagrama correspondiente a la segunda evaluación (después) se mantiene a la izquierda los valores en términos absolutos, con la misma escala utilizada en el diagrama de la primera evaluación. A la derecha y con escala diferente se sitúa el porcentaje de incumplimientos correspondientes a esta segunda evaluación. Puede observarse la mejora conseguida comparando ambos gráficos.

atendía al paciente en períodos menores de un año y/o el MF se limitaba en su actividad a llenar las prescripciones farmacológicas.

Los casos que planteaban dudas para su inclusión en uno u otro grupo fueron asignados tras valoración y consenso del grupo de investigación. Se comprobó si la calidad de atención a pacientes era diferente en uno u otro grupo de seguimiento, por medio de la ji-cuadrado para comparación de 2 proporciones.

Para intentar una valoración más completa de la calidad, se elaboró un indicador resumen de calidad. Para su medida se comprobó en cada caso (paciente) si se cumplían simultáneamente los cuatro criterios, asignando de forma dicotómica el valor correspondiente. Cuando los cuatro criterios (C1, C2, C3 y C4) se cumplían a la vez, el indicador resumen se consideraba cumplido en ese paciente. En aquellos casos en que no se cumplían uno o más de los criterios, el indicador resumen se consideraba incumplido.

Se diseñó inicialmente como intervención para la mejora la retroalimentación de los resultados, presentándolos en una

sesión clínica a todo el equipo médico. Tras valorarlos por los profesionales, se identificó como origen del problema la falta de formación en el abordaje de esta patología. Se iniciaron posteriormente actividades de formación continuada, presentando en sesiones clínicas los aspectos técnicos necesarios para un mejor manejo diagnóstico y terapéutico. Se propuso la utilización rutinaria del algoritmo de manejo consensuado en el simposio sobre rinitis alérgica.

Para los datos de la segunda evaluación, tras un período temporal durante el que se realizó la intervención, se repitieron los mismos análisis, comparando además con los resultados de la primera evaluación, para comprobar si había diferencias. Se realizó un diagrama de Pareto antes-después para tener una representación visual del proceso, comprobando la mejora alcanzada.

Para contrastar los resultados de las 2 evaluaciones en cuanto al indicador resumen y comparar entre los 2 grupos de seguimiento, se usó el test ji-cuadrado. Para comprobar si mejoraba el cumplimiento de criterios en la segunda evaluación respecto a la primera, se

utilizó la Z de Fisher con test para una cola¹⁷.

Resultados

De la primera evaluación

Los resultados obtenidos para los diferentes criterios mostraron una variabilidad interobservador baja. La fiabilidad fue alta para los C2 (IK, 0,98) y C3 (IK, 0,95), buena para el C4 (IK, 0,78) y moderada para el C1, que obtuvo un valor de 0,46.

Los criterios obtuvieron un índice de cumplimiento de $59 \pm 11\%$ para el C1 y $41 \pm 11\%$ para el C2. Los otros dos criterios obtuvieron valores más elevados del $90 \pm 6\%$ para el C3 y $83 \pm 8\%$ para el C4. El 35,6% de los casos cumplieron los cuatro criterios a la vez (indicador resumen). En la figura 2 puede comprobarse el diagrama de Pareto correspondiente a esta primera evaluación.

TABLA 2. Índice de cumplimiento de criterios de ambas evaluaciones, con sus correspondientes mejoras absolutas, relativas y valor de la Z de Fisher con su nivel de significación estadística

	Primera evaluación P1 (IC del 95%)	Segunda evaluación P2 (IC del 95%)	Mejora absoluta (P2-P1)	Mejora relativa P2-P1/1-P1	Valor de la Z Fisher	Significación estadística (p)
Criterio 1	59 ± 11	68 ± 13	9	21,9%	1,030	No significativo
Criterio 2	41 ± 11	57 ± 13	16	27%	1,79	< 0,05
Criterio 3	90 ± 6	94 ± 6	4	4%	0,77	No significativo
Criterio 4	83 ± 8	98 ± 3	15	88,2%	3	< 0,01

TABLA 3. Resultados comparativos de la calidad de los pacientes atendidos «fundamentalmente» en consultas de alergia o por su médico de familia. Test χ^2 para comparar 2 proporciones (primera y segunda evaluaciones)

	Atendidos por su MF (primera evaluación)	Atendidos en consulta de alergia (primera evaluación)	Significación (primera evaluación)	Atendidos por su MF (segunda evaluación)	Atendidos en consulta de alergia (segunda evaluación)	Significación (segunda evaluación)
Criterio 1 (C1)	47 ± 6%	100%	p < 0,001	66 ± 6%	100%	No significativo
Criterio 2 (C2)	31 ± 5 %	75 ± 4%	p < 0,001	62 ± 6%	70 ± 6%	No significativo
Criterio 3 (C3)	96 ± 1%	68 ± 5%	No significativo	92 ± 2%	72 ± 5%	No significativo
Criterio 4 (C4)	79 ± 4%	100%	No significativo	98 ± 1%	100%	No significativo
Indicador resumen (C1 + C2 + C3 + C4)	35 ± 5%	68 ± 5%	p < 0,0001	57 ± 6%	68 ± 6%	No significativo

De la segunda evaluación

Los resultados correspondientes al índice de cumplimiento de criterios de la segunda evaluación, comparándolos con la primera, pueden comprobarse en la tabla 2. Tanto el C2 como el C4 mejoraron de forma significativa ($p < 0,05$ y $p < 0,01$, respectivamente), aunque la mejora en términos absolutos fue para los cuatro, quedando en el caso de C1 al límite de la significación estadística. El manejo terapéutico mejoró de forma global en nuestro ámbito, pasando el indicador resumen de calidad del 35,6% al 57% ($p < 0,02$). El diagrama de Pareto antes-después puede también observarse en la figura 2.

Estudio comparativo entre los pacientes atendidos fundamentalmente por su alergólogo o MF

En la tabla 3 se pueden observar los resultados comparados, en la primera evaluación, de los pacientes cuya atención dependía «fundamentalmente» de su MF res-

pecto a aquellos tratados por el alergólogo. Como se puede comprobar, las diferencias significativas en el nivel de calidad se obtuvieron para el C1 y C2. La calidad global (indicador resumen) también fue mayor en los pacientes atendidos «fundamentalmente» por el servicio de alergia ($p < 0,0001$).

Aunque no hubo diferencias entre las 2 evaluaciones en cuanto al porcentaje de pacientes diagnosticados y seguidos por el MF respecto a los atendidos por alergólogos, mejoró el manejo terapéutico en nuestro ámbito en la segunda evaluación respecto a la primera. Tanto la valoración de los diferentes criterios como la de la calidad global (cumplimiento simultáneo de los cuatro criterios) se aproximó a los valores de calidad de los atendidos en alergia, desapareciendo las diferencias estadísticas existentes en la primera evaluación (tabla 3).

Discusión

Una primera reflexión debe dirigirse al problema identificado en

nuestro estudio para ser evaluado y mejorado. Aunque según diferentes expertos la primera fase del tratamiento de los pacientes con síntomas de rinitis es un diagnóstico preciso²⁰, en nuestro caso no nos propusimos valorar este aspecto, sino sólo el manejo terapéutico. Por tanto, no se puede garantizar que no se incluya en algún caso pacientes con otro tipo de rinitis diferente a la alérgica.

Para el diseño de los criterios nos planteamos identificar aquellos aspectos más relevantes relacionados con el proceso terapéutico, y que además estuvieran más contrastados empíricamente en cuanto a su relación con el resultado de la atención^{13,17}. Aunque la primera medida terapéutica según algunos expertos debe ser la evitación del alergeno causante²¹, la probabilidad de su infraregistro nos disuadió de entrada para utilizarla como criterio de calidad. Por otra parte, un reciente metaanálisis no ha comprobado la eficacia de las medidas de evitación en pacientes con asma alérgico²², lo que en gran medida

parece respaldar nuestra decisión. Los cuatro criterios definitivamente diseñados estaban mucho más avalados por la bibliografía. De hecho, un documento de consenso reciente, no disponible al elaborar inicialmente los criterios, aunque cambia ligeramente las recomendaciones terapéuticas, está acorde en lo básico con las recomendaciones previas y no descarta ninguno de los cuatro criterios inicialmente diseñados²³.

Al valorar los resultados del IK obtenidos por los cuatro criterios, se puede comprobar una buena fiabilidad de los mismos¹⁸. Este aspecto, añadido a una validez facial subjetivamente correcta, nos permite considerar que los criterios son adecuados para la información que queríamos obtener¹⁷. Al verificar el cumplimiento de criterios en ambos niveles de atención, se ha comprobado una limitación estructural que plantea problemas de homogeneidad en la recogida de información. Mientras que en los casos de AP se disponía de la información de forma secuencial y se podían valorar rigurosamente los criterios, en los casos atendidos «fundamentalmente» por alergólogos la información venía recogida de forma transversal (hojas de interconsulta). Esta circunstancia condiciona la difícil valoración de algunos criterios (comprobar si el tratamiento se empezaba inicialmente con corticoides inhalados [C2] o si el escalonamiento [C1] de fármacos era el adecuado). Este problema se resolvió valorando de forma menos estricta las evaluaciones de pacientes atendidos en el segundo nivel, considerando la información recogida en la hoja como un todo. Por ejemplo, si en la hoja se recogía como tratamiento corticoides inhalados asociados a antihistamínicos si había prurito, se consideraban cumplidos los criterios 1, 2 y 4. Teniendo en cuenta que el nivel de atención dado por alergólogos era el estándar a al-

canzar, nos pareció la valoración más razonable.

Los resultados obtenidos confirman que el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en nuestro medio es incorrecto según los criterios definidos en nuestro estudio. Detectamos como principales déficit el incorrecto escalonamiento del tratamiento (C1) y sobre todo la infrautilización de los corticoides inhalados en el tratamiento inicial de los pacientes (C2), quizás el aspecto más relevante desde el punto de vista clínico. Pensamos que esto es debido a la tendencia a utilizar antihistamínicos en el tratamiento de estos pacientes²⁴ y al rechazo de los profesionales de AP a utilizar corticoides de forma habitual, por el miedo a los teóricos riesgos del uso crónico de estos fármacos²⁵. Respecto a la validez de este criterio (C2), estudios recientes demuestran la superioridad de los corticoides al resto de tratamientos habitualmente utilizados en estos pacientes²⁶ y la seguridad de su utilización de forma crónica²⁷, sobre todo para los fármacos más recientes como fluticasona y budenosida^{28,29}.

Al comparar a los pacientes atendidos por su MF en relación con los tratados por alergólogo, llama la atención los inferiores niveles de calidad entre los primeros, tanto para los criterios 1, 2 y 4, como para el indicador resumen. Probablemente estos resultados se derivan de un mejor conocimiento de la patología por parte del alergólogo, así como de una mayor experiencia en el tratamiento de estos pacientes. Por otra parte, la tendencia de los alergólogos a tratar con inmunoterapia a la mayoría de pacientes difiere de la actual tendencia de tratar sólo a grupos de pacientes correctamente seleccionados^{23,30,31}. Una reflexión posterior nos ha hecho replantearnos la utilidad de este criterio (C3) para valorar la calidad en AP, ya que la indicación de estos trata-

mientos se relaciona en muchas ocasiones con factores no directamente dependientes del MF.

Identificamos como origen del problema de calidad detectado la formación insuficiente en el manejo del paciente con rinitis alérgica. Como consecuencia, los MF de nuestro equipo tendíamos en ocasiones a inhibirnos del tratamiento de estos pacientes. La puesta en marcha de actividades de formación continuada intraequipo intentó mejorar nuestros conocimientos sobre el manejo de estos pacientes y darnos seguridad para atenderlos en nuestro medio.

Aunque tras la introducción de las medidas correctoras educacionales el número de pacientes atendidos fundamentalmente por su MF no fue mayor, nuestros resultados sobre la calidad de la atención indicaron una mejora. Los resultados de la segunda evaluación fueron superiores para todos los criterios, siendo significativos para el C2 y C4, quizás los más relevantes desde el punto de vista clínico. La mejoría conjunta del manejo en nuestro medio (indicador resumen) fue también importante, presentando esta segunda evaluación diferencias significativas respecto a la primera. Es importante resaltar que, tras este proceso, la calidad de la atención prestada por los MF de nuestro equipo se ha aproximado sustancialmente a la de los pacientes atendidos en consultas de alergia, desapareciendo las diferencias estadísticamente significativas, detectadas en la primera evaluación, tanto para los criterios como para el indicador resumen.

Por último, una reflexión sobre la valoración subjetiva de los profesionales de nuestro equipo, que consideran muy positiva la aplicación del protocolo. Tras la experiencia y sin ningún esfuerzo adicional, han mejorado su competencia profesional, atendiendo mejor a sus pacientes con rinitis alérgica e introduciendo estrate-

gias factibles de diseño de la calidad de la atención.

Como conclusiones de este estudio, podemos decir que: los ciclos evaluativos son útiles para aumentar la calidad del proceso asistencial médico, y la utilización de guías para la práctica permite mejorar el manejo terapéutico de la rinitis alérgica en AP.

Bibliografía

1. Wüthrich B, Schindler C, Leuenberger P, Ackermann-Liebrich U. Prevalence of atopy and pollinosis in the adult population of Switzerland (SAPALDIA study). Swiss study on air pollution and lung diseases in adults. *Int Arch Allergy Immunol* 1995; 106: 149-156.
2. Mygind N, Dahl R. Epidemiology of allergic rhinitis. *Pediatr Allergy Immunol* 1996; 7 (Supl 9): 57-62.
3. Sibbald B. Epidemiology of allergic rhinitis. En: Burr ML, editor. Epidemiology of clinical allergy. Monographs in allergy. Basilea: Karger, 1993; 61-69.
4. Jackson B. Rhinitis, an inflammatory disease. A symposium report. Madrid: JR Prous, 1994.
5. Maran A, Lund VJ. Infections and nonneoplastic diseases. En: Clinical rhinology. Nueva York: George Thieme Verlag, 1990; 90-91.
6. Sibbald B, Rink E, D'Souza M. Is the prevalence of atopy increasing? *Br J Gen Pract* 1990; 40: 338-340.
7. Roca Ribas F, Miró Castillo N. Rinitis. *FMC* 1995; 2: 432-436.
8. De España R, Franch M. Asistencia primaria en otorrinolaringología. *Anales ORL IberAmer* 1990; 17/3: 251-265.
9. Bousquet J, Bullinger M, Fayol C, Marquis P, Valentín N, Burtin B. Assessment of the quality of life in patients with perennial allergic rhinitis with the french version of the SF-36 Health Status Questionnaire. *J Allergy Clin Immunol* 1994; 94: 182-188.
10. Spaeth J, Klimer L, Mosges R. Sedation by allergic rhinitis is caused by the condition and not by the antihistamine treatment. *Allergy* 1996; 51: 903-906.
11. European Allergy White Paper, UCB Institute of allergy, 1997.
12. Howarth PH. Allergic rhinitis: a rational choice of treatment. *Respir Med* 1989; 83: 179-188.
13. Otero A, Saturno PJ, Marquet R. Mejora de la calidad en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF, editores. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Madrid: Harcourt Brace, 1999; 399-417.
14. Programa EMCA. Gestión de calidad asistencial. Murcia: Consejería de Sanidad y Política Social, 1996.
15. Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1990.
16. U.S. Preventive Services Task Force. Guía de actividades preventivas en la práctica médica. Una valoración de la efectividad de 169 intervenciones. Madrid: Díaz de Santos, 1992.
17. Saturno Hernández PJ. Máster en gestión de la calidad en los servicios de Salud. U.D. de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Ciencias Socio-sanitarias. Murcia: Universidad de Murcia, 1999.
18. Thompson WD, Walter SD. A reappraisal of the kappa coefficient. *J Clin Epidemiol* 1988; 41 (10): 949-958.
19. Insalud. Proyecto SICAP. Manual de organización. Madrid: INSALUD, 1990.
20. International Rhinitis Management Working Group. International Consensus Report of the Diagnosis and Management of Rhinitis. *Allergy* 1994; 49 (Supl 9): 5-34.
21. Global strategy for asthma management and prevention. WHO/NHLBI workshop report 1995. Publication n.º 95-3659.
22. Gotzsche PC, Hammarquist C, Burr M. House dust mite control measures in the management of asthma: meta-analysis. *BMJ* 1998; 317: 1105.
23. Van Cauwenbergh P, Bachert C, Pasalacqua G, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR et al Declaración de consenso sobre el tratamiento de la rinitis alérgica. *Allergy* 2000; 55: 116-134.
24. Mygind N, Secher C, Kirkegaard J. Role of antihistamines in the nose. *Eur J Respir Dis* 1983; 64 (Supl 128): 16-20.
25. Noble SL, Forbes RC, Woodbridge HB. Rinitis alérgica. *Am Fam Physician* 1995; 2: 243-252.
26. Weiner JM, Abramson MJ, Puy RM. Intranasal corticosteroids versus oral H1 receptor antagonists in allergic rhinitis: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1998; 317: 1624-1629.
27. Holm AF, Fokkens WJ, Godthelp T, Mulder PG, Vroom TM, Runtjes E. A 1-year placebo controlled study of intranasal fluticasone propionate aqueous nasal spray in patients with perennial allergic rhinitis: a safety and biopsy study. *Clin Otolaryngol* 1998; 23: 69-73.
28. Howland WC. Fluticasone propionate: topical or systemic effects? *Clin Exp Allergy* 1996; 26 (Supl 3): 18-22.
29. Day J, Alexander M, Drouin M et al. Budesonide aqueous nasal spray and pressurized metered dose inhaler in the treatment of adult patients with seasonal allergic rhinitis. *Am J Rhinol* 1997; 11: 77-83.
30. Malling HJ, Neuke B. EAACI position papers: inmunoterapie. *Allergy* 1993; 48: 9-35.
31. Bousquet J, Lockey R, Malling HJ. Allergen immunotherapy: therapeutic vaccines for allergic diseases. A WHO position paper. *J Allergy Clin Immunol* 1998; 102: 558-562.