

## Carta científica

**Propuesta para un futuro consenso en la derivación de pacientes con asma grave en el ámbito de la atención especializada. Coordinación entre hospitales con y sin unidades acreditadas de asma**



***Proposal for a future consensus on the referral of patients with severe asthma in the specialized care setting. Coordination between hospitals with and without accredited asthma units***

Estimado Editor,

Los criterios de derivación en asma desde Atención Primaria (AP)<sup>1-3</sup> y desde los servicios de urgencia hospitalaria a Atención Especializada (AE)<sup>4</sup> están bien consensuados, con diferente implantación según comunidades autónomas (CCAA). Pero, para complementar una adecuada continuidad asistencial de pacientes con asma grave (AG) en el ámbito de la AE, es necesaria la colaboración entre hospitales que no disponen de unidades de asma acreditadas (UAA), con aquellos que sí disponen.

Las UAA mejoran el control de la enfermedad y disminuyen costes<sup>5-7</sup> y son las encargadas de coordinar estrategias de continuidad asistencial, tanto con AP como con AE, y ofrecer técnicas diagnósticas y terapéuticas que permitan un tratamiento personalizado del paciente<sup>3</sup>.

Uno de los objetivos de la 1<sup>ª</sup> Jornada Navarroaragonesa de AG (Olite, mayo de 2024), fue estudiar las condiciones de derivación de pacientes con AG entre UAA y hospitales comarcales (HC) que no disponen de estas. Para ello, y siguiendo la metodología RAND/UCLA<sup>8</sup>, un grupo elaborador de recomendaciones formado por seis neumólogos (ver pie de tabla) preparó 22 enunciados para someterlos a consenso Delphi, en primera ronda con debate y votación presenciales, y en segunda ronda con votación *on-line*, días posteriores a la jornada, de los enunciados no consensuados inicialmente. El panel Delphi estuvo formado por 31 profesionales sanitarios de ambas CCAA, con actividad en AG, el 64,5% de ellos neumólogos (ver pie de tabla). No se han utilizado datos directos o indirectos de pacientes ni inteligencia artificial para la elaboración de esta carta científica.

Analizando los resultados (tabla 1), hubo acuerdo unánime en que, desde los HC, se deriven a UAA a pacientes con AG no controlada (enunciado 7-e7-), pacientes con sospecha de AG para realizar técnicas diagnósticas de confirmación no disponibles (e2) y embarazadas con AG o asma mal controlada (e20), aunque una vez realizada la primera visita, las embarazadas podrían seguir controles en su HC (e21).

Se consideró apropiado remitir a una UAA a pacientes con sospecha de asma para la realización de pruebas diagnósticas si no se

dispone de ellas (nivel de acuerdo 57%, e1) y también que estos pacientes fueran entonces valorados por facultativos (neumólogos y/o alergólogos) de la unidad (nivel de acuerdo 67%, e12), aunque, contrariamente, también se consideró apropiado, con un nivel de acuerdo del 55%, que los resultados de dichas pruebas y las consiguientes decisiones deberían ser valoradas y tomadas por el neumólogo del HC que las solicitó (e4). No obstante, antes de derivar a un paciente desde un HC a una UAA, se consideró apropiado, con un nivel de acuerdo del 57%, comentar cada caso con un facultativo de enlace de la unidad (e8).

También hubo acuerdo prácticamente unánime en que el fenotipado de pacientes con AG puede llegar a realizarse en HC (e11) cuando dispongan de medios necesarios, como se comentó en el debate de este enunciado, de igual manera que el comienzo de tratamiento biológico y su seguimiento en los casos de buena respuesta inicial (e15) y, especialmente, en pacientes que tengan difícil acceso a una UAA (e13) por problemas sociodemográficos, siempre que se garantice una asistencia de calidad. Hubo un elevado nivel de acuerdo en que la elección del tratamiento biológico adecuado en pacientes con AG no controlada debería realizarse en una UAA de referencia (e12). En cuanto a la evaluación de la efectividad de la respuesta al biológico, el 71% de los panelistas estaba de acuerdo en que podría realizarse en el HC (e14), si bien un 86% consideró apropiado que la valoración del *switch* ante una respuesta subóptima al biológico, correspondería a la UAA de referencia (e16). El 95% de los panelistas estuvo de acuerdo en la necesidad de poner en marcha consultas de enfermería en HC para identificar exacerbaciones, efectos adversos al tratamiento y realizar educación sanitaria (e9), poniendo en valor el papel de la enfermera de práctica avanzada en asma.

Analizando los enunciados en los que no hubo acuerdo, no quedó clara la necesidad de derivar pacientes a una UAA para diagnóstico diferencial del asma «solamente» en el caso de no disponer de las técnicas necesarias (e5) o cuando haya sospecha de asma ocupacional (e18). Se consideró que no era apropiado derivar a una UAA a todos los pacientes con AG para realizar un fenotipado (e21), sino solamente cuando el HC no tuviera la capacidad suficiente para realizarlo. No se consideró apropiado tampoco, con un 56% de panelistas en desacuerdo, remitir a una UAA a pacientes con asma y deterioro de la función pulmonar con buena adhesión al tratamiento y buen control de síntomas (e22). Aunque pueden llamar la atención el desacuerdo en estos enunciados, los comentarios de algunos panelistas sugerían que los profesionales de los HC pueden llevar a cabo al menos gran parte del proceso diagnóstico y diferencial de estos pacientes, y no en todos los casos sería necesaria la derivación a una UAA.

En opinión del grupo de profesionales que participaron en este estudio, la confirmación diagnóstica de AG, la valoración de pacientes con AG no controlada, la elección inicial o el *switch* de

Tabla 1

Resultados del análisis de los enunciados propuestos para consensuar la colaboración asistencial entre unidades de asma acreditadas y hospitales comarcas

Enunciados consensuados					
N.º de orden en 1. <sup>a</sup> ronda Delphi	Enunciados	Mediana	Nivel de acuerdo	Grado de acuerdo	% de respondedores en el nivel de acuerdo
7	Se derivarán a una UAA a pacientes con asma grave, no controlada	9	Apropiado	Acuerdo	100%
11	El fenotipado de pacientes con asma grave puede realizarse en hospitales que no dispongan de UAA	9	Apropiado	Acuerdo	100%
15	Si la respuesta inicial a un tratamiento biológico es buena, el paciente puede seguir controles en su hospital de referencia	9	Apropiado	Acuerdo	100%
20	Se derivarán a una UAA de referencia a pacientes embarazadas si el asma es grave o está mal controlado	9	Apropiado	Acuerdo	100%
2	Se derivarán a una UAA a pacientes con sospecha de asma grave, cuando no se disponga de las técnicas diagnósticas necesarias	9	Apropiado	Acuerdo	95,2%
13	Si el paciente que precisa tratamiento biológico tiene difícil acceso a la UAA, el inicio y seguimiento del mismo puede realizarse en su hospital	9	Apropiado	Acuerdo	95,2%
9	Se recomiendan consultas de enfermería en hospitales sin UAA, para educación sanitaria, identificar exacerbaciones y efectos adversos al tratamiento	9	Apropiado	Acuerdo	95%
16	Si la respuesta a un tratamiento biológico no es la adecuada, la valoración de <i>switch</i> debe hacerse en la UAA de referencia	9	Apropiado	Acuerdo	86,4%
12	La elección del tratamiento biológico adecuado en pacientes con asma grave no controlado, debe realizarse en una UAA	8	Apropiado	Acuerdo	77,3%
14	La respuesta a un tratamiento biológico puede ser realizada por el facultativo prescriptor, aunque no pertenezca a una UAA	8	Apropiado	Acuerdo	71,4%
19	Se derivarán a una UAA de referencia a todas las pacientes con asma y embarazo	1	Inapropiado	Acuerdo	71,4%
3	Los pacientes que se derivan a una UAA, para la realización de pruebas diagnósticas, deberán ser valorados siempre por facultativos de la UAA	8	Apropiado	Acuerdo	66,7%
21	Una vez visitadas en una UAA, las pacientes con asma y embarazo, pueden seguir controles en su facultativo de referencia	7,5	Apropiado	Acuerdo	63,6%
6	Se derivarán a una UAA a todos los pacientes con asma grave	3	Inapropiado	Acuerdo	60%
8	Antes de derivar a una UAA, los pacientes deben ser comentados con un facultativo de enlace de la UAA	8	Apropiado	Acuerdo	57,1%
1	Se derivarán a una Unidad de Asma Grave (UAA) a pacientes con sospecha de asma, cuando no se disponga de las técnicas diagnósticas necesarias	9	Apropiado	Acuerdo	57%
4	Los resultados de las pruebas diagnósticas que se soliciten a la UAA, deberán ser entregados al paciente por el facultativo que las ha solicitado	8	Apropiado	Acuerdo	55%
Enunciados no consensuados					
N.º de orden en 1. <sup>a</sup> ronda Delphi	Enunciados	Mediana	Nivel de acuerdo	Grado de acuerdo	% de respondedores en el nivel de acuerdo
5	Se derivarán a una UAA aquellos pacientes que precisen diagnóstico diferencial de asma sólo cuando no se disponga de las técnicas necesarias	4	Dudoso	Neutral	31% en desacuerdo y 0% de acuerdo
17	La valoración de la respuesta, el <i>switch</i> y el seguimiento del tratamiento biológico, puede realizarse en el hospital origen del paciente	4	Dudoso	Desacuerdo	37,5% en desacuerdo y 0% de acuerdo
18	Se derivarán a una UAA a pacientes con sospecha de asma ocupacional	4	Dudoso	Neutral	31% en desacuerdo y 0% de acuerdo
10	El fenotipado de pacientes con asma grave debe ser realizado en UAA	3,5	Inapropiado	Desacuerdo	50% en desacuerdo y 0% de acuerdo
22	Se derivarán a una UAA a pacientes con asma y deterioro de la función pulmonar con buena adhesión al tratamiento y buen control de síntomas	3	Inapropiado	Desacuerdo	56,3% en desacuerdo y 0% de acuerdo

Enunciados ordenados de mayor a menor porcentaje de respondedores en el nivel de acuerdo. La primera columna hace referencia al orden en el que se presentaron y debatieron los enunciados en primera ronda Delphi.

Grupo elaborador de enunciados: Unidades acreditadas de asma: una unidad de asma de alta complejidad con excelencia, una unidad de asma especializada con excelencia y una unidad de asma especializada. Hospitales sin UAA: uno de Navarra y otro de Aragón.

Panel Delphi: 20 neumólogos, 2 farmacéuticos hospitalarios implicados en el tratamiento biológico del asma grave, 7 médicos internos residentes de neumología y 2 internos residentes de farmacia hospitalaria. Todos ellos de ambas comunidades autónomas.

UAA: unidad de asma acreditada.

tratamiento biológico y el AG en embarazadas, suponen los principales criterios de derivación desde HC hacia UAA. En tanto que el seguimiento del AG controlado y la valoración de la respuesta a tratamientos biológicos puede realizarse en el HC y se recomienda la puesta en marcha de consultas de enfermería específicas en HC que no dispongan de UAA.

Así pues, para ofrecer una asistencia de calidad en el propio ámbito de la AE, es necesario establecer un adecuado flujo de pacientes entre hospitales con y sin UAA, se pone en valor la capacidad de los neumólogos que no pertenecen a estas unidades, en el manejo del AG y se propone una serie de criterios de derivación entre HC y UAA que pueden ser la base de un futuro consenso a nivel nacional elaborado por todos los profesionales que manejan AG.

## Financiación

La 1<sup>a</sup> jornada Navarroaragonesa de asma grave obtuvo una financiación finalista por parte de la Sociedad Aragonesa del Aparato Respiratorio (SADAR) bajo un contrato de patrocinio con AstraZeneca, sin participar ninguna de las entidades en el diseño, análisis de datos o redacción del manuscrito.

## Contribuciones de los autores

JACG confirma la autoría en la elaboración, redacción y revisión del manuscrito.

PCR confirma la autoría en la revisión crítica del manuscrito.

## Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen intereses económicos ni relaciones personales que pudieran haber influido en la elaboración de la presente carta científica.

## Bibliografía

1. Blanco Aparicio M, Delgado Romero J, Molina París J, Tomás Gómez J, Gómez Ruiz F, Álvarez Gutiérrez FJ, et al. Referral Criteria for Asthma: Consensus Document. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2019;29:422–30, <http://dx.doi.org/10.18176/jiaci.0393>.
2. Carretero Gracia J.Á., Rodríguez Fernández F, Gómez Sáenz JT, Molina París J, Gómez Ruiz F, López Carrasco V, et al. Referral Criteria for Asthma: An Updated Consensus. *Open Respir Arch*. 2021;3(4):100131, <http://dx.doi.org/10.1016/j.opresp.2021.100131>.
3. Plaza Moral V, Alobid I, Álvarez Rodríguez C, Blanco Aparicio M, Ferreira J, García G, et al. GEMA 5.3. Spanish Guideline on the Management of Asthma. *Open Respir Arch*. 2023;5(4):100277, <http://dx.doi.org/10.1016/j.opresp.2023.100277>.
4. Piñera-Salmerón P, Álvarez-Gutiérrez FJ, Domínguez-Ortega J, Álvarez C, Blanco-Aparicio M, Dávila I, et al. Referral recommendations for adult emergency department patients with exacerbated asthma. *Emergencias*. 2020;32(4):258–68. PMID: 32692003.
5. Gibeon D, Heaney LG, Brightling CE, Niven R, Mansur AH, Chaudhuri R, et al. Dedicated severe asthma services improve health-care use and quality of life. *Chest*. 2015;148:870–6, <http://dx.doi.org/10.1378/chest.14-3056>.
6. Van der Meel AN, Pasam H, Kempenaar-Okkema W, Pelinck JA, Schutten M, Storm H, et al. A 1-day visit in a severe asthma centre: effect on asthma control, quality of life and healthcare use. *Eur Respir J*. 2016;48:726–33, <http://dx.doi.org/10.1183/13993003.00220-2016>.
7. Pérez de Llano LA, Villoro R, Merino M, Gómez-Neira MC, Muñiz C, Hidalgo A. Cost effectiveness of outpatient asthma clinic. *Arch Bronconeumol*. 2016;52:196–203, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2015.09.009>.
8. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, La Calle JR, Lázaro P, et al. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica: Rand; 2001.

José Ángel Carretero Gracia <sup>a,\*</sup> y Pilar Cebollero Rivas <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Neumología. Hospital Universitario Ryo Villanova, Zaragoza, España

<sup>b</sup> Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jcarretero@separ.es](mailto:jcarretero@separ.es) (J.Á. Carretero Gracia).

× [@SeprRespira](https://twitter.com/SeprRespira)