



ARTÍCULO ESPECIAL

Propuesta de protocolo de derivación para pacientes asmáticos procedentes de urgencias.

Proposed Referral Protocol for Patients with Asthma Discharged from the Emergency Department

Autores: Espinosa de los Monteros Garde, María José¹; Thomas-Balaguer, Álvaro²; Minier Rodríguez, Luis²; Ortega González, Ángel³; Grupo de Asma de SOCAMPAR

¹ Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Toledo.

² Médico de Urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo

³ Servicio de Neumología. Hospital de Talavera de la Reina.

INTRODUCCION.

El asma es una de las enfermedades crónicas más prevalentes en España, ya que afecta a más del 10% de la población infantil y más del 5% de la población adulta¹. Con los tratamientos actualmente disponibles, la mayor parte de los pacientes podrían alcanzar el control de la enfermedad, sin sufrir alteraciones significativas en sus actividades ordinarias, aunque habitualmente no se logra este control debido a factores como la falta de diagnóstico y seguimiento y/o la falta de adhesión terapéutica. El paciente con asma es atendido en Atención Primaria (AP) y en Atención Especializada (AE), dependiendo del grado de afectación, de las circunstancias que rodean al paciente y las características de la propia enfermedad.

En España el asma es una enfermedad infradiagnosticada: según un estudio, el 57% de los pacientes ignoran que tienen asma y un 36% de los asmáticos no reciben ningún tratamiento². Aparte del infradiagnóstico y del infratratamiento, la falta de control de la patología supone un problema añadido, pues se calcula que el 50% de los asmáticos está mal controlados³.

Un 10% de los pacientes presenta asma grave, de acuerdo con la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)¹ y se define como aquella que requiere dosis altas de corticoides inhalados en combinación con otros controladores para mantener un control clínico aceptable o que permanece no controlada a pesar de esta terapia optimizada y para poder controlar los síntomas necesitan tratamientos combinados y en altas dosis. Se ha descrito que solo el 10% de los pacientes con asma grave consigue alcanzar el control de la enfermedad y debe subrayarse que el mal control de los pacientes asmáticos se traduce en unos costes elevados para los servicios de salud y en una importante afectación de la calidad de vida de los pacientes⁴⁻⁶.

En estos pacientes que no alcanzan el control, el uso de corticoides orales (CO) se asocia de forma consistente

con un incremento significativo del riesgo de efectos adversos sistémicos, especialmente cuando se administran de forma repetida o en tratamiento de mantenimiento, como suele ocurrir en pacientes con asma grave.

El estudio Levante⁷ fue un estudio observacional prospectivo sobre el uso de CO en pacientes con asma grave en España. Tras un seguimiento de 6 meses, la dosis acumulada media equivalente de prednisona fue de 1.306,7 mg. El 30% de los pacientes en tratamiento de mantenimiento requirió una media de dos ciclos adicionales de CO durante el periodo de estudio.

El estudio ENEAS⁸ fue diseñado para identificar objetivos terapéuticos no alcanzados en pacientes con asma grave evaluados en unidades especializadas: el 21,7% de los pacientes con asma grave no controlada atendidos recibió tratamiento con CO durante al menos tres meses en el año previo a su inclusión. Un reciente estudio⁹ ha sido publicado en vida real en que se han utilizado bases de datos existentes (año 2019): base de datos longitudinal de pacientes (EMR), basada en historias clínicas electrónicas, y base de datos de consumo farmacológico (Sell-in) en áreas básicas de salud. Con EMR, el porcentaje de prescripciones de CO correspondientes a pacientes con asma grave (CIE-9 "asma" y prescripción de tratamiento biológico y/o dosis altas de corticosteroides inhalados/agonistas β_2 inhalados de acción prolongada) demostró que la dosis de prednisona por paciente en 2019 en toda España fue de 1.099,85 mg siendo el Castilla la Mancha el uso de prednisona la dosis media por paciente fue de 1026.71 mg.

Finalmente, en el estudio observacional retrospectivo en Castilla la Mancha (Savana Manager 3.0)¹⁰ de los 103.667 pacientes diagnosticados y tratados de asma, 58.745 tomaron corticoides sistémicos en algún momento del periodo de estudio. La prescripción de corticoides sistémicos estaba presente en todos los niveles asistenciales: 59% en Atención Primaria, 13% en Alergología y 20% en Neumología.

En conjunto, estos datos ponen de manifiesto una elevada variabilidad en los regímenes de tratamiento con CO entre distintas regiones de España, posiblemente relacionada con diferencias en los criterios clínicos y en la práctica asistencial de los profesionales implicados. Sin embargo, las diferencias en el uso de CO entre los pacientes con asma grave están provocando efectos no deseados. Las consecuencias para la salud siguen sin estar claras, junto con la variabilidad en los ingresos hospitalarios y los costos asociados entre regiones geográficas de España.

En los servicios de urgencias (SU) las exacerbaciones asmáticas son, en concreto, un motivo de consulta muy frecuente. Sería necesario derivar a los pacientes a consultas especializadas en neumología o atención primaria con suficiente premura para poder establecer unas pautas de tratamiento y seguimiento adecuadas.

Sin embargo, no hay consenso ni recomendaciones respecto a cuándo derivarlo al especialista, y la adherencia a las guías de práctica clínica sigue siendo baja en general. Es probable que de los pacientes que llegan a urgencias con un cuadro de asma grave, algunos no se deriven correctamente ni en el tiempo adecuado ni a las consultas de un especialista.

Para mejorar esta situación es fundamental la coordinación de todos los profesionales que intervienen en el seguimiento del paciente con asma, y tener claramente establecidos los criterios de derivación que faciliten la verdadera continuidad asistencial y la mejor atención posible en cada ámbito, de forma que pueda alcanzarse un óptimo control de la enfermedad.

En este contexto, el grupo de trabajo de asma de la sociedad de Castilla la Mancha (SOCAMPAR) junto con el Servicio de Urgencias (SEMES), propone implantar una metodología estructurada de análisis del proceso asistencial mediante la identificación temprana de pacientes, especialmente los graves, basada en criterios clínicos homogéneos que permitan identificar y priorizar de forma sistemática a pacientes asma grave en riesgo.

El objetivo es ordenar el proceso asistencial y reducir demoras en la reevaluación especializada, mejorando la coordinación entre niveles y homogeneizando criterios de gravedad. El proyecto se centra exclusivamente en fortalecer la identificación precoz y la optimización del seguimiento, dotando a todos los hospitales de Castilla la Mancha de una operativa homogénea para detectar y gestionar de forma más eficiente a los pacientes asmáticos, especialmente a los de mayor riesgo.

Las recomendaciones incluidas en él van dirigidas a detectar al paciente asmático a su llegada al servicio de urgencias, unificar los criterios terapéuticos y realizar posteriormente una correcta derivación a la consulta de neumología general o al médico de atención primaria, según proceda.

Un equipo multidisciplinar formado por el grupo de trabajo de asma de SOCAMPAR y especialistas en urgencias (SEMES) elaboró un listado de preguntas clínicas basándose en guías de práctica clínica sobre el manejo del asma para responderlas¹¹. VARIEGATUS (Variegatus.net) es una plataforma digital médica orientada a la divulgación, formación y apoyo al profesional sanitario en el ámbito de las urgencias. Actúa como repositorio de recomendaciones clínicas estructuradas sobre las patologías más frecuentes atendidas en urgencias, con el objetivo de proporcionar al paciente indicaciones detalladas, claras y accesibles para facilitar su recuperación. La plataforma incorpora además herramientas de ayuda clínica para los profesionales sanitarios y participa en iniciativas de comunicación y colaboración interprofesional orientadas a favorecer el intercambio de conocimiento en el ámbito sanitario. En el marco del presente estudio, VARIEGATUS actuará como soporte digital para la implementación y difusión del check list de derivación desarrollado, facilitando su integración en la práctica clínica habitual de los servicios de urgencias participantes.

Las definiciones que se ofrecen en el presente documento proporcionan un lenguaje común que puede ayudar a unificar la actividad asistencial en los servicios de urgencias de Castilla la Mancha.

OBJETIVOS.

Objetivo principal

Proponer un check list de derivación de forma efectiva desde el servicio de urgencias a los diferentes profesionales sanitarios que manejan el asma (Atención Primaria, Consulta General de Neumología).

Objetivo secundario

Identificar a los pacientes con cualquier nivel de severidad que consulten por exacerbación y que a pesar de tener diagnóstico correcto de asma y buena adherencia terapéutica, mantengan un mal control de su enfermedad.

AMBITO ASISTENCIAL.

El ámbito de actuación del check list y los documentos generados será el servicio de urgencias y neumología del servicio de salud de Castilla la Mancha participantes.

Los documentos generados serán incluidos dentro de la plataforma VARIEGATUS.

POBLACION DIANA.

La población diana serán todos aquellos pacientes con diagnóstico confirmado de asma y correcta adherencia comprobada por receta electrónica que acudan al servicio de urgencias situados en cualquiera de los escalones terapéuticos de la guía GEMA 5.5.

CHECK LIST DE DERIVACION.

Se han emprendido diferentes formas de abordar y mejorar el proceso de derivación desde urgencias a la Atención Especializada y Atención Primaria de los pacientes con un mal control de su asma, tanto herramientas digitales como diferentes algoritmos recogidos en la literatura científica. Sin embargo, el grado de uso de estos consensos no es óptimo, posiblemente por la escasa diseminación de los mismos así como por la dificultad de implementación en las consultas. Por este motivo se pretende disponer de un check list sencillo y rápido que permita la implementación del mismo. Dicho check list se muestra en la figura 1.

CHECK LIST DE DERIVACIÓN	
Paciente GRAVE (GEMA 5.5) Escala 5-6	Exacerbación grave y/o falta de control → <u>Neumología</u>
Paciente MODERADO (GEMA 5.5) Escala 3-4	Exacerbación grave y/o falta de control → <u>Neumología</u>
Resto de casos	→ <u>Atención Primaria</u>

Figura 1: Check list derivación

Los criterios de inclusión para realizar el check list son los siguiente y deben ser obligatorio ambos:

- ✓ Diagnóstico confirmado de asma (prueba broncodilatadora positiva y/o FENO > 40 ppb y/o metacolina -manitol positiva)
- ✓ Confirmación de adherencia mediante la retirada total (e -recetas > 80%) de la medicación por receta electrónica.

El check list se basará en la gravedad del paciente según GEMA 5.5, el tipo de exacerbación y el grado de control. Dichas características se detallan en la figura 2.

Gravedad del paciente según GEMA 5.5

Nivel de gravedad	Escala terapéutica (GEMA 5.5)
LEVE	Escala 1 o 2 terapéutica
MODERADO	Escala 3 o 4 terapéutica
GRAVE	Escala 5 o 6 terapéutica

Tipo de exacerbación

Tipo	Definición
LEVE	Aumento de tratamiento inhalatorio sin uso de corticoides orales (CO)
MODERADA	Uso de corticoides orales (CO) durante 3-5 días o visita a urgencias

Grado de control

Se define falta de control cuando presenta alguno de los siguientes ítems:	
1	¿El paciente ha tenido 2 o más prescripciones de glucocorticoides sistémicos en los últimos 12 meses?
2	¿El paciente ha tenido 3 o más visitas a urgencias / visitas no programadas por asma en los últimos 12 meses?
3	El paciente ha necesitado la prescripción de más de un inhalador de SABA (agonistas β_2 -adrenérgicos de acción corta) al mes.
4	El paciente ha tenido un ingreso hospitalario por asma en los últimos 12 meses.

Figura 2: Gravedad, tipo exacerbación, grado de control

RESULTADOS

La implantación de este protocolo en el servicio de Urgencias podría asociarse a una mejor estandarización del proceso asistencial, con criterios de derivación más homogéneos entre profesionales y una identificación más precoz de los pacientes asmáticos con mal control. La evidencia disponible sobre vías clínicas y consensos en asma en Urgencias sugiere que los protocolos estandarizados mejoran aspectos concretos de la atención, especialmente la derivación, la educación sanitaria y la coherencia en el manejo, aunque no siempre modifican de forma inmediata variables duras como los reingresos¹².

Asimismo, cabría esperar una mejor continuidad asistencial entre Urgencias, Neumología y Atención Primaria, al quedar más definido qué pacientes requieren seguimiento especializado y cuáles pueden continuar controlados en su nivel asistencial habitual¹³.

Desde el punto de vista operativo, el uso de un checklist sencillo y rápido podría favorecer una mayor adherencia del personal sanitario al circuito de derivación, facilitando la toma de decisiones en situaciones de alta presión asistencial. Además, al unificar el lenguaje y los criterios de gravedad, el protocolo podría disminuir la variabilidad clínica y reforzar la coordinación multidisciplinar entre los profesionales implicados en el manejo del asma¹⁴.

En conjunto, los resultados esperables apuntan a una mejora de la calidad asistencial, con una derivación más adecuada, una atención más protocolizada y una mejor planificación del seguimiento del paciente tras el episodio agudo

CONCLUSIÓN

La implementación del protocolo, a través de un check-list práctico y homogéneo, favorecerá la coordinación multidisciplinar entre urgencias, neumología y atención primaria y permitirá evaluar de forma sistemática su impacto en el control del asma y en los resultados sanitarios

Bibliografía:

1. Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA 5.5). Madrid: Luzan 5; 2025. (www.gemasma.com).
2. Martínez-Moratalla J, Almar E, Sunyer J, Ramos J, Pereira A, Payo F, et al. [European Asthma Study. Identifying and treating young adults with epidemiological criteria for asthma in five areas of Spain. Spanish Group of the European Asthma Study]. Arch Bronconeumol.1999;35:223-8.
3. Hermosa JLR, Sánchez CB, Rubio MC, Mínguez MM, Walther JLA-S. Factors associated with the control of severe asthma. J Asthma.2010;47:124-30.
4. Martínez-Moragón E, Serra-Batlles J, De Diego A, Palop M, Casan P, Rubio-Terrés C, et al. [Economic cost of treating the patient with asthma in Spain: the AsmaCost study]. Arch Bronconeumol.2009;45:481-6.
5. Godard P, Chanez P, Siraudin L, Nicoloyannis N, Duru G. Costs of asthma are correlated with severity: A 1-yr prospective study. Eur Respir J. 2002;19:61-7.
6. Accordini S, Bugiani M, Arossa W, Gerzeli S, Marinoni A, Olivieri M, et al. Poor control increases the economic cost of asthma: A multicentre population-based study. Int Arch Allergy Immunol. 2006;141:189-98
7. Muñoz Gall X, Dominguez Ortega J, Pascual Erquicia S, Cabrera Lopez C, Martin Panadero C, Monteagudo Ruiz G, et al. Study to evaluate clinical burden related with oral corticosteroids treatment of severe asthma in Spain (LEVANTE). Eur Respir J. 2020;56:2622
8. Pérez de Llano L, Martínez-Moragón E, Plaza Moral V, Trisan Alonso A, Sánchez CA, Callejas FJ, Vera E, Soto Campos JG, Martinez Rivera C, Alcázar Navarrete B, Urrutia Landa I, Garcia Rivero JL, Padilla Galo A, Alvarez Gutierrez F, Landete P, Ramos González J, Aracil CF, Carretero Gracia JA, Lluch I, Puente L, Andujar-Espinosa R, Cosío BG. Unmet therapeutic goals and potential treatable traits in a population of patients with severe uncontrolled asthma in Spain. ENEAS study. Respir Med. 2019 May;151:49-54.
9. Almonacid C, Fitas E, Sánchez-Covisa J, Gutiérrez H, Rebollo P. Geographical differences in the use of oral corticosteroids in patients with severe asthma in Spain: heat map based on existing databases analyses. BMC Pulm Med. 2023 Jan 4;23(1):3.
10. Izquierdo JL, Almonacid C, Campos C, Morena D, Benavent M, González-de-Olano D, Rodríguez JM. Systemic Corticosteroids in Patients With Bronchial Asthma: A Real-Life Study. J Investig Allergol Clin Immunol. 2024 Oct 1;33(1):30-38.
11. Piñera Salmerón P, Delgado Romero J, Domínguez Ortega J, Labrador Horrillo M, Álvarez Gutiérrez FJ, Martínez Moragón E, Plaza Moral V, Álvarez Rodríguez C, Miguel Franco J. Management of asthma in the emergency department: a consensus statement. Emergencias. 2018 Ago;30(4):268-277. English, Spanish. PMID: 30033702.
12. Loughheed MD, Olajos Clow, J Szpiro K et al. Multicentre evaluation of an emergency department asthma care pathway for adults. Canadian journal of emergency medical care. 2009 May;11(3):215-29.
13. Piñera P, Delgado J, Dominguez J. Management of asthma in the emergency department: a consensus statement. Emergencias. 2018;30(4):268-277.
14. Johnson LH, Chambers P, Dexheimer JW. Asthma-related emergency department use: current perspectives. Open Access Emerg Med. 2016 Jul 13;8:47-55.