Med Gen Fam. 2020; 9(5): 264-266

medicina general y de familia
edición digital
www.mgyf.org

Carta al Editor

Criterios de derivación de asma: nuevas perspectivas tras la pandemia de covid-19

Sara Núñez Palomo[a], Francisco Javier Álvarez Gutiérrez[b], Julio Delgado Romero[c], Fernando Gómez Ruiz[d,], Antonio Hidalgo Requena[e]*

[a]*Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).* [b]*Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).* [c]*Sociedad Española de Alergología e Inmunología Clínica (SEAIC).* [d]*Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG).* [e]*Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)*

El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud calificó la infección por el virus SARS-CoV-2 como pandemia tras la comunicación de 118.000 casos y 4.291 muertes en 114 países[1]. Desde entonces, la covid-19 se ha instalado como paisaje de fondo que ha cambiado la actividad asistencial médica en todo el mundo y, previsiblemente, la seguirá cambiando en los próximos años. Esta situación obliga a modificar protocolos asistenciales de numerosas patologías, especialmente las que afectan al aparato respiratorio.

Recientemente nuestro grupo ha publicado un artículo de consenso de derivación de pacientes asmáticos entre los distintos niveles asistenciales[2]. Sus objetivos básicos se alinean con las recomendaciones genéricas de diversas sociedades científicas para la asistencia de pacientes asmáticos durante la actual pandemia: aumentar la coordinación entre los profesionales implicados en el manejo del paciente asmático, evitar duplicidades de consultas médicas y de pruebas complementarias y limitar las visitas a centros sanitarios. Sin embargo, las nuevas circunstancias obligan a matizar algunas de sus recomendaciones y a adaptarlas a la nueva situación asistencial y a la necesidad de garantizar tanto los derechos de los pacientes a ser evaluados conforme a criterios de calidad adecuados, como la seguridad de los mismos y de los trabajadores sanitarios.

La telemedicina, entendida como una combinación de teleasistencia y teleconsulta, es considerada un nuevo modelo asistencial y se ha demostrado que ayuda a mejorar el control y calidad de vida de pacientes con asma[3].

La teleasistencia permite la valoración del paciente mediante llamada telefónica, videollamada o aplicaciones móviles, lo que evita, en muchas ocasiones, el desplazamiento al centro sanitario. Este nuevo modelo de asistencia requiere un entrenamiento extraordinario en entrevista clínica, ya que no comunicarse con el enfermo de forma presencial puede restar información importante. La teleasistencia presenta múltiples ventajas (evitar desplazamientos, disminuir el riesgo de contagio, favorecer la accesibilidad, facilitar el teletrabajo de sanitarios, posibilitar un triaje previo a la consulta presencial y, por tanto, optimizar la misma). No obstante, también presenta una serie de inconvenientes, como la necesidad de una entrevista más exhaustiva, la existencia de una comunicación más complicada con el paciente (al no estar presente puede ocasionar un mayor número de errores de comprensión tanto por su parte como por la del profesional sanitario), la dificultad para mantener la privacidad con el enfermo y la imposibilidad para algunos pacientes de adaptarse a las nuevas tecnologías[4].

Así mismo las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías (aplicaciones en el móvil o en tablet) y que los pacientes tengan dispositivos que objetiven su situación funcional (saturímetros, pico-flujo o incluso espirómetros portátiles) pueden posibilitar la monitorización y autocontrol en el domicilio en muchos casos. Con ello se ayuda a priorizar la necesidad de consulta presencial, pues esta se reserva para quienes se encuentren más sintomáticos o con exacerbaciones frecuentes, mientras que se realiza seguimiento telefónico para el resto[5].

Este cambio de paradigma debe estar basado en la educación sanitaria del paciente, que será instruido no solo en conocimientos sobre su enfermedad, sino también en habilidades para el correcto manejo de dispositivos.

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: fgomezr@semg.es (F. Gómez Ruiz).
http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2020.052
2254-5506 / © 2020 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Tabla 1 - Atención conjunta del paciente asmático.

DE ATENCIÓN PRIMARIA A ATENCIÓN HOSPITALARIA	
Primera derivación	
Motivo de derivación presencial	*Información a aportar*
• No confirmación diagnóstica con medios disponibles • Necesidad de tratamientos especiales (biológicos, termoplastia, antibioterapia prolongada) • Efectos secundarios graves del tratamiento • Rinosinusitis y poliposis nasal graves • Circunstancias especiales: – Síndrome de solapamiento (ACO) – Asmática embarazada no controlada – Antecedentes de asma de riesgo vital – EREA – Asma corticodependiente y corticorresistente – Alergia alimentaria – Aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA)	• Tiempo de evolución de síntomas asmáticos (especificar si hay predominio estacional) • Frecuencia de uso de β-2 agonistas • Agudizaciones en el último año (ciclos de corticoides orales, visitas a Urgencias, hospitalizaciones) • Pruebas complementarias realizadas (medición FEM y/o espirometría, si está disponible) • Tratamiento actual
Motivo de teleconsulta	
• Posible componente alérgico • Sospecha de asma ocupacional • Sospecha de pseudoasma • Sospecha de enfermedad agravante • Problemas terapéuticos • Mal control sintomático (criterios según guías) • Exacerbaciones frecuentes (≥ 2 tandas de corticoides/año, visita a Urgencias o ingreso hospitalario) • Riesgo futuro incrementado (FEV1 < 80 %)	
Derivación descompensación de paciente asmático ya conocido	
• Información: duración exacerbación, tratamientos empleados • Cumplimiento, adhesión, técnica, TAI • Nuevas comorbilidades • Cambio fenotipo • Estudios complementarios realizados: espirometría, radiología de tórax, analítica (IgE, eosinófilos)	
INFORME DE ATENCIÓN HOSPITALARIA A ATENCIÓN PRIMARIA	
• Resultados de pruebas de confirmación de asma • Clasificación de gravedad y control • Fenotipo • Comorbilidades confirmadas, descartadas o sospechadas • Tratamiento recomendado	

FEV_1: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; ACO: síndrome de solapamiento asma y EPOC; EREA: enfermedad respiratoria exacerbada por ácido acetilsalicílico y otros AINE; ABPA: aspergilosis broncopulmonar alérgica; FEM: flujo espiratorio máximo paciente con asma.

La situación de pandemia ha propiciado que la teleconsulta, ya existente entre profesionales que atienden a un mismo paciente, requiera un inmediato desarrollo.

Se hace imprescindible fomentar la comunicación fluida entre niveles asistenciales de una forma consensuada para optimizar el seguimiento y control de la atención al paciente con asma, y así resolver un porcentaje importante de consultas presenciales que realmente no serían necesarias. Ejemplo de ellas son las que se destinan a realizar trámites burocráticos, solicitud de pruebas complementarias, solucionar dudas sobre eficacia o efectos secundarios de fármacos, o valoración de resultados de pruebas diagnósticas. Hay pacientes en los que puede ser especialmente rentable la consulta presencial, como en el caso de enfermos con dudas diagnósticas, pacientes con asma grave, sospecha de asma ocupacional, enfermedad respiratoria exacerbada por ácido acetilsalicílico (EREA) y diagnóstico etiológico en asma alérgica[2].

Para esta atención compartida entre especialidades es precisa la creación de plantillas o de *check-lists* basadas en protocolos consensuados[6], con un resumen dirigido de la anamnesis (antecedentes, sintomatología y tratamientos realizados), exploración física y estudios complementarios, que faciliten y estructuren la asistencia (Tabla 1).

Así mismo, la organización de las consultas debe ser reestructurada para poder adaptarse a la realización de diferentes tareas: la mencionada teleconsulta, las tareas burocráticas y

las consultas presenciales. Además, la realización de pruebas complementarias, como por ejemplo la espirometría, será más laboriosa para minimizar el riesgo de contagio de pacientes y profesionales, precisará la utilización de todo el material fungible que sea posible y deberá incluir la desinfección de la sala después de cada paciente. Esta situación requiere limitar dichas pruebas a las situaciones en las que realmente puedan aportar datos que modifiquen el diagnóstico y seguimiento del paciente.

Se deberá demostrar la efectividad de todos estos cambios organizativos, derivados de las necesidades actuales, mediante la creación de nuevos indicadores de calidad que evalúen su correcto cumplimiento y utilidad.

Por todo lo expuesto, la telemedicina probablemente se impondrá como modelo asistencial; no solo con una teleasistencia al paciente de forma no presencial, sino con una teleconsulta entre profesionales mucho más fluida y consensuada gracias a herramientas que faciliten la comunicación entre niveles asistenciales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 11 March 2020. Disponible en: https://web.archive.org/web/20200502133342/https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020
2. Blanco Aparicio M, Delgado Romero J, Molina París J, Tomás Gómez J, Gómez Ruiz F, Álvarez Gutiérrez FJ, et al. Criterios de derivación en asma: Documento de consenso. Med Gen Fam. 2019; 8: 32-40.
3. Chongmelaxme B, Lee S, Dhippayom T, Saokaew S, Chaiyakunapruk N, Dilokthornsakul P. The effects of telemedicine on asthma control and patients' quality of life in adults: A systematic review and meta-analysis. J Allergy Clin Immunol Pract. 2019; 7: 199-216.
4. Muñoz Seco E. Las consultas por teléfono han llegado para quedarse. AMF 2020. Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2656
5. Alcázar Navarrete B, Molina París J, Martín Sánchez FJ. Seguimiento del paciente con enfermedad respiratoria en la era post-COVID-19 ¿estamos preparados? Arch Bronconeumol. 2020; 56: 685-6.
6. Izquierdo Alonso JL, Rodríguez González-Moro JM. La neumología en tiempos de COVID-19. Arch Bronconeumol. 2020; 56 Suppl 2: 1-2.