LA RAZÓN ATUSALUD
La Razón -A tu Salud
España
22/11/26
Pr: Semanal (Domingo)
Tirada: 75.013
Dif: 51.585
Cod: 187496901
Pagina: 15
Secc: OTROS Valor: 43.497,76 € Area (cm2): 785,5 Ocupac: 94,27 % Doc: 1/1 Autor: G. Calleja. MADRID Num. Lec: 133000

Código EPOC: qué pasa después de una crisis respiratoria

Cuatro especialistas explican cómo un protocolo común podría cambiar su atención

G. Calleja. MADRID

Imaginemos a un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) que ingresa porque le cuesta más respirar de lo habitual. Unos días después, recibe el alta. Al llegar a casa, le quedan dudas que durante el ingreso quizá no se había planteado, como cuándo le van a revisar el tratamiento, si está utilizando bien el inhalador o a quién debe acudir si vuelve a faltarle el aire.

¿Qué cambiaría para este paciente si cada crisis activara una respuesta coordinada dentro y fuera del hospital? Contar con un Código EPOC, al igual que ya existen el Código Ictus y el Código Infarto, permitiría organizar la atención desde Urgencias hasta el seguimiento tras el alta, con el tratamiento revisado y una cita ya programada.

Pedro Gargantilla, especialista en Medicina Interna del Hospital Universitario El Escorial, plantea avanzar todavía más y anticiparse a la primera exacerbación, un episodio que describe como «devastador» para estos pacientes. «En este momento hay dos códigos en medicina que salvan vidas: código infarto y código ictus» señala. El objetivo, sostiene, sería adelantarse a la evolución de la enfermedad y reducir su mortalidad.

Aunque el arsenal terapéutico ha cambiado sustancialmente en las últimas décadas, el médico advierte de que persiste una elevada carga de enfermedad y reclama que los avances se traduzcan en mejoras en el pronóstico y la calidad de vida.

Mayor equidad

José María Echave-Sustaeta, neumólogo del Hospital Memorial Publio Cordón, coincide en el valor de un protocolo común para coordinar la respuesta de varios servicios desde el primer momento. En la EPOC, eso ayudaría a identificar en Urgencias a los pacientes con mayor riesgo, establecer unos criterios comunes de atención y programar el seguimiento después del alta. Algunos hospitales y áreas sanitarias ya cuentan con circuitos de este tipo, aunque su implantación sigue siendo desigual, señala el especialista.

Por su parte, Felipe Villar Álvarez, neumólogo de la Fundación Jiménez Díaz, atiende a pacientes que ingresan por una agudización y que con frecuencia tienen otras enfermedades y un riesgo elevado de reingreso. En su hospital, la Unidad de Cuidados Crónicos Respiratorios Ambulatorios permite seguir de cerca en el domicilio a algunos de los pacientes más vulnerables. Para Villar, esa experiencia muestra la importancia de que los equipos de hospitalización, atención domiciliaria y consultas compartan un plan.

Desde el Hospital Universitario de La Princesa, la neumóloga Elena García Castillo explica que las dos consultas monográficas de EPOC reciben a pacientes de alto riesgo derivados desde Urgencias, después de un ingreso o desde la consulta general de Neumología. «Una sola agudización ya debería hacernos revisar el tratamiento, y no esperar a la siguiente», sostiene.

Esa revisión permite detectar problemas con el uso del inhalador, optimizar el tratamiento o valorar una terapia biológica si está indicada. También puede revelar una pérdida de peso o una enfermedad asociada que requiere atención.

El objetivo es adelantarse a la evolución de la enfermedad y reducir su mortalidad

Es importante que hospitalización, atención domiciliaria y consultas compartan un plan

Hay pacientes que llegan al hospital por una crisis sin saber todavía que tienen la enfermedad

El diagnóstico en el ingreso

El recorrido puede empezar incluso antes. Hay pacientes que llegan al hospital por una crisis sin saber todavía que tienen EPOC. El estudio Episcan II estimó que cerca de tres de cada cuatro personas identificadas con la enfermedad carecían de un diagnóstico previo. Echave-Sustaeta propone buscar de forma activa posibles casos entre las personas con factores de riesgo o síntomas respiratorios persistentes y facilitarles una espirometría para valorar si tienen la enfermedad.

La advertencia de Gargantilla resume la urgencia con la que considera necesario abordar estos retos. «La EPOC mata y mata mucho». Para el especialista, su gravedad exige una respuesta organizada que permita actuar antes y acompañar al paciente a lo largo de la enfermedad.

Volvamos al paciente que abría este reportaje. Con un Código EPOC, volvería a casa con el tratamiento revisado, una cita de seguimiento ya programada y las indicaciones de a quién acudir si vuelve a faltarle el aire.

Ese seguimiento formaría parte de los circuitos específicos que defiende Gargantilla para ofrecer una atención prioritaria y coordinada desde atención primaria, las consultas especializadas y las urgencias hospitalarias, siguiendo el camino de los códigos infarto e ictus. Para el paciente, supondría saber que, al salir del hospital, hay un equipo preparado para seguir cuidándolo.

Para el paciente, activarlo supondría saber que, al salir del hospital, hay un equipo preparado para seguir cuidándolo

MAGNIFIC

