

En defensa de la neumología

S. Díaz Lobato

Servicio de Neumología. Hospital La Paz. Madrid.

Pocas especialidades han visto crecer su potencial asistencial y científico al ritmo que ha ocurrido en la neumología. La incorporación de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas ha permitido ampliar el horizonte de la especialidad más allá de donde se podía uno imaginar hace tan sólo unos años. Un número cada vez mayor de enfermos es subsidiario de ser atendido por neumólogos, incrementándose progresivamente el listado de enfermedades que son claramente competencia de nuestra especialidad. A ello hay que añadir la mayor supervivencia alcanzada por los pacientes respiratorios crónicos y la aparición de nuevas modalidades terapéuticas que, como el trasplante pulmonar o la ventilación mecánica no invasiva, han permitido cambiar los conceptos de enfermo respiratorio crónico y terminal. En estos momentos, somos capaces de ofrecer a nuestros pacientes no sólo una vida más prolongada, sino, lo que es más importante, de mayor calidad.

Autores de reconocido prestigio han contribuido a ampliar, al menos en teoría, las fronteras de la neumología. Así, Torres y Rodríguez Roisín¹ han razonado, con una lógica aplastante, por qué el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda grave, en cualquier tipo de enfermo, debe ser patrimonio de los neumólogos. Estos autores han expuesto con claridad los argumentos asistenciales, docentes y de investigación, que justificarían plenamente la creación de unidades de cuidados intensivos respiratorios dentro del ámbito de nuestra especialidad. Estas unidades deberían ser una realidad y, según esos autores, un motivo de reivindicación para el presente¹.

Sauret, en un artículo previo², ya nos había aclarado las dudas respecto a la eficacia de los hospitales de día neumológicos. Éstos, al aprovechar mejor los recursos hospitalarios en las horas de máxima actividad laboral, evitarían ingresos innecesarios y consultas urgentes, disminuyendo, por tanto, los costes asistenciales. La necesaria especialización de médicos y personal de enfermería en las técnicas y manejo de los enfermos respiratorios permitirían a Sauret ubicar estas unidades asistenciales, sin ninguna duda, dentro de la propia estructura de los servicios de neumología².

Otro de los campos que han permitido potenciar, en los últimos años, la neumología ha sido el desarrollo de las técnicas de ventilación mecánica no invasiva. Éstas han supuesto un enorme avance en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de origen toracógeno o neuromuscular³ y han hecho posible que el neumólogo juegue un papel preponderante en el manejo de los enfermos con insuficiencia ventilatoria. Pacientes obesos con síndrome de hipoventilación-obesidad o enfermos con fibrosis quística en espera de trasplante pulmonar son también candidatos para beneficiarse de este tipo de tratamiento⁴. Los programas de ventilación mecánica domiciliar han sido los responsables de que el espectro de pacientes asiduos en las consultas de neumología haya cambiado de forma radical. Actualmente, junto a asmáticos y sujetos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es habitual encontrar a pacientes con distrofias musculares, cifoescoliosis o síndromes endocrínicos raros, como el síndrome de Prader-Willy, en las salas de espera neumológicas.

Nadie puede discutir en la actualidad que las unidades de sueño se han convertido en una estructura imprescindible dentro de los servicios de neumología. Dichas unidades son fundamentales para el diagnóstico y el tratamiento de un problema tan prevalente y de tanta repercusión en nuestra sociedad como es el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)⁵. Con unas miras más amplias, Rodenstein ha reconocido el protagonismo de la noche en numerosas situaciones propias del terreno de la neumología aparte del SAOS⁶ y, en un alarde de imaginación, nuestro propio grupo razonó los fundamentos asistenciales, docentes, económicos y de investigación que podrían justificar la creación de los denominados hospitales de noche neumológicos, los cuales podrían, incluso, complementar a los hospitales de día⁷.

En otro orden de cosas, y contribuyendo indirectamente al crecimiento potencial de la especialidad, podríamos comentar cómo el asma sigue siendo un problema de primera magnitud en los países industrializados⁸⁻¹⁰; cómo el tabaquismo se extiende a un número creciente de ciudadanos cada vez más jóvenes¹¹⁻¹⁴; o cómo los pacientes respiratorios colapsan los hospitales varios meses al año. Por si no bastara, Roig Cutillas¹⁵ aprovecha la ocasión para señalar la importancia que tiene que el neumólogo adquiera definitivamente el papel relevante que le corresponde en el campo de la patología infecciosa pulmonar, sin perjuicio de una óptima colaboración con otros especialistas relacionados con

Correspondencia: Dr. S. Díaz Lobato.
Sangenjo, 27, 10.º A. 28034 Madrid.
Correo electrónico: sdl01m@nacom.es

Recibido: 8-6-99, aceptado para su publicación: 15-6-99.
(Arch Bronconeumol 1999; 35: 467-469)

este tema, y Dorca¹⁶ señala que sería una estrategia poco rentable desentenderse de estas enfermedades ante la imposibilidad de monopolizarlas. Otros autores nos intentan convencer de la importancia de crear unidades de fibrosis quística de adultos¹⁷ e, incluso, comienzan a extenderse los programas especializados de atención domiciliaria para enfermos respiratorios^{18,19}. Y así podríamos seguir.

Si asimilo toda esta información, pienso que las expectativas de futuro de nuestra especialidad son inmejorables. Tenemos una especialidad increíblemente potente. Al menos, en teoría.

Sin embargo, cuando analizo la situación en que nos encontramos en la mayoría de los hospitales y compruebo la realidad, me deprimó. Salvo excepciones, que siempre las hay y nos permiten soñar con otras formas de hacer neumología, las carencias en infraestructura y personal de la neumología española son graves.

Todos conocemos el déficit de unidades de sueño existentes en nuestro país. A pesar de ser imprescindibles, la escasez de dichas unidades es notoria e, incluso, en los afortunados centros que pueden presumir de disponer de una, las listas de espera para poder realizar un estudio polisomnográfico son interminables.

Como hemos comentado anteriormente, no existen dudas acerca de la eficacia de las técnicas de ventilación no invasiva. La Agencia de Evaluación de Nuevas Tecnologías Sanitarias las analizó en 1994, estableciendo con precisión sus indicaciones y limitaciones. En la actualidad constituye un tratamiento aceptado, concertado y pagado por la administración sanitaria. Sin embargo, la ausencia de programas de ventilación mecánica domiciliaria en nuestro país es la norma y, aunque muchos centros hospitalarios mantienen en sus domicilios a pacientes con respiradores, ello es a costa de un gran esfuerzo personal, no reconocido la mayor parte de las veces por nadie excepto por los pacientes.

Las unidades de tabaquismo en España pueden contarse con los dedos de una mano, a pesar de que el hábito tabáquico es un problema de salud pública de primera magnitud. Aunque Torres y Rodríguez Roisín¹ defienden las unidades de cuidados intensivos respiratorios, la realidad es que hablar de ellas es hablar de ciencia ficción. Igual ocurre con los hospitales de día neumológicos o con las unidades de hospitalización domiciliaria especializadas.

Más de la mitad de la población general no sabe siquiera lo que es un neumólogo, tal y como se ha señalado en el XXXII Congreso Nacional de la SEPAR, celebrado recientemente en Barcelona²⁰. Incluso hay quien propone cambiar el nombre de la especialidad con la finalidad de paliar este efecto negativo. Yo propondría el nombre de "Pulmón y Corazón Derecho", por aquello de retomar una de las acepciones más populares y de mayor calado entre nuestros enfermos y darles la oportunidad de romper el hielo con la pregunta "¿es que hay un corazón izquierdo?".

El cáncer de pulmón, el asma bronquial, la patología vascular pulmonar, las infecciones respiratorias, la ventilación no invasiva y los trastornos respiratorios del sueño entran en conflicto con otras especialidades, ge-

neralmente más espabiladas que la nuestra, con el consiguiente temor por nuestra parte a perder terreno en estos campos clásicos de la neumología. Mientras tanto, el derroche de medios puestos a disposición de esta lucha por otras especialidades contrasta con la pasividad de la neumología española.

Hay que reconocer que el enfermo respiratorio es un enfermo pobre. Es el primero a tener en cuenta a la hora de derivar pacientes a hospitales de apoyo, cuando llega la temporada invernal y las urgencias se colapsan, sin importarnos que su manejo en dichos centros no sea especializado. Es el enfermo que más fácilmente es rechazado por los médicos de cuidados intensivos durante las reagudizaciones, al considerarse como terminal, aunque sólo sea por tener oxigenoterapia domiciliaria. Es un enfermo, en fin, que genera gran parte del gasto sanitario y de ahí los esfuerzos de la administración en limitar en lo posible sus prestaciones y, pongo por ejemplo, las limitaciones para los sistemas de oxígeno portátil.

Hay que defender la especialidad. Las sociedades científicas no sólo deben tener en mente la organización de cursos y congresos. La defensa de nuestros derechos y la defensa de los de nuestros pacientes a recibir una atención especializada, articuladas a través de la sociedad nacional, es fundamental. Fernández Fau ha subrayado que la sociedad científica debe velar por los intereses sanitarios de la comunidad donde ejerce su influencia²¹. Estoy de acuerdo con ello. La lucha personal de cada uno en su lugar de trabajo, con el gerente de turno, desgasta, quema y es infructuosa. Es la sociedad nacional, la SEPAR, la que debe entablar relaciones con las administraciones públicas y privadas, demostrar las carencias existentes y, lo más importante, exigir la solución a nuestros problemas. En ello nos va la dignidad como neumólogos, el futuro de la especialidad, el que los médicos recién licenciados quieran formarse como especialistas en enfermedades respiratorias, el trabajo de nuestros residentes, el beneficio de nuestros enfermos y el reconocimiento por la sociedad española de nuestro trabajo.

Desde estas líneas, quisiera contribuir a concienciar a todos los que trabajamos en esta maravillosa especialidad, que es la neumología, sobre la necesidad de aprender a defenderla y dignificarla. Exijamos atender a los enfermos respiratorios en las condiciones que se merecen. En ello nos va mucho más de lo que creemos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres A, Rodríguez Roisín R. Cuidados intensivos en los pacientes respiratorios. ¿Especializados o generales? Arch Bronconeumol 1996; 32: 263-264.
2. Sauret Valet J. Hospitales de día: ¿generales o especializados? Arch Bronconeumol 1994; 30: 477-478.
3. Escarrabill J, Monasterio C, Estopá R. Ventilación mecánica no invasiva. Arch Bronconeumol 1994; 30: 109-113.
4. Masa Jiménez JF. Ventilación mecánica domiciliaria: perspectivas actuales. Arch Bronconeumol 1994; 30: 29-39.
5. Barbé F, Amilibia J, Capote F, Durán J, González Mangado N, Jiménez A et al. Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño. Informe de consenso del área de insuficiencia respiratoria y trastornos del sueño. Arch Bronconeumol 1995; 31: 460-462.
6. Rodenstein DO. Importancia del sueño en neumología. Arch Bronconeumol 1998; 34: 415-416.

7. Díaz S, García MT, Ruiz MA, Villasante C. Hospitales de noche neumológicos. Arch Bronconeumol 1997; 33: 89-91.
8. Jackson R, Sears MR, Beaglehole R, Rea HH. International trends in asthma mortality: 1970-1985. Chest 1988; 94: 914-919.
9. Nannini LJ. Asma potencialmente fatal. Arch Bronconeumol 1997; 33: 462-471.
10. SEPAR y SEMFYC. Recomendaciones para la atención del paciente con asma. Arch Bronconeumol 1998; 34: 304-399.
11. Carrión F, Jiménez C. El tabaquismo pasivo en la infancia. Arch Bronconeumol 1999; 35: 39-47.
12. Viejo JL. Tabaco en los jóvenes. Arch Bronconeumol 1995; 31: 491-493.
13. Jiménez C. Tabaco y mujer. Arch Bronconeumol 1996; 32: 242-250.
14. Carrión F, Hernández J, Plaza P. Tabaquismo en sanitarios. Identificación de factores asociados. Arch Bronconeumol 1998; 34: 379-383.
15. Roig J. Neumonía. Perspectiva actual. Introducción. Arch Bronconeumol 1998; 34 (Supl 2): 1-2.
16. Dorca J. El papel del neumólogo en la infección pulmonar. Arch Bronconeumol 1997; 33: 210-212.
17. Salcedo A, Neira MA, Sequeiros A, Girón R. Importancia de la creación de unidades de fibrosis quística de adultos. Arch Bronconeumol 1997; 33: 247-250.
18. Escarrabill J, Palau M. Atención domiciliaria a los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Jano 1997; 53: 524-529.
19. Oterino de la Fuente D, Ridaio M, Peiró S, Maarcham C. Hospital en casa y hospitalización convencional. Una evaluación económica. Med Clin (Barc) 1997; 109: 207-211.
20. XXXII Congreso Nacional SEPAR. Barcelona, 15-18 de mayo de 1999.
21. Fernández Fau L. Ciencia y sociedad. Determinantes de un compromiso. Arch Bronconeumol 1997; 33: 261-262.