

Presentación

V. Sobradillo Peña^a y J. Sanchis Aldás^b

^aServicio de Neumología. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

^bDepartamento de Neumología. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona. España.

El desarrollo de la exploración funcional respiratoria comenzó por el estudio de las características de la función pulmonar, sus objetivos, condicionantes y relaciones fisiológicas. El estudio requirió el diseño de aparatos y técnicas adecuados al aspecto funcional que se deseaba analizar, sus condicionantes, sus objetivos y sus relaciones. Así, se diseñaron el espirómetro para medir volúmenes y flujo, las técnicas de gases trazadores para los volúmenes y mezcla gaseosa, el pletismógrafo para las cualidades mecánicas del sistema, los electrodos para los gases en aire y sangre, etc. Al diseño siguió la etapa de estandarización de aparatos y procedimientos. Paralelamente, se avanzó en el estudio de los cambios de la función producidos por la enfermedad y también en la valoración de su utilidad clínica.

A lo largo de todo este proceso se produjo una selección natural de las propuestas de estudio, impulsada por la accesibilidad, simplicidad y fiabilidad de los procedimientos, el grado de colaboración necesaria por parte del paciente, el valor de la aplicación clínica de la información proporcionada, el coste de la técnica, etc. En el éxito o el fracaso de las propuestas y técnicas de estudio fue asimismo determinante la demanda de la propia medicina clínica, cambiante con la rápida evolución de conceptos y conocimientos de los últimos decenios. Pero, como en otros procesos de selección natural, las supervivientes no son necesariamente las mejores o más dotadas. Las vigentes son las que se han adaptado mejor o las que encontraron un terreno más favorable para su persistencia y desarrollo; éste es el caso del análisis de la espiración forzada con el espirómetro.

Desde otro punto de vista, la impresión es que el estudio de la función pulmonar en clínica está claramente subutilizado y minusvalorado, en comparación con otros procedimientos usados en la clínica que hubieran resistido peor el rigor de los procesos de validación a que se ha sometido la función pulmonar (caso de algunas determinaciones analíticas comúnmente empleadas para la valoración clínica o algunas técnicas de imagen). En parte, el trato desigual se origina en el hecho de que la valoración funcional requiere un conocimiento de los mecanismos fisiológicos involucrados, suficiente para conformar una mentalidad clínica que integre de forma natural los conocimientos funcionales con los etiológicos, morfológicos, patológicos y terapéuticos. El es-

fuerzo necesario para ello es inicialmente intenso, puede no ser bien apreciado por el aprendiz y, a menudo, se obvia en su programa de educación, con lo que la carencia se perpetúa. En la causa del problema también hay que señalar otros factores, originados precisamente donde no debieran: los fisiólogos clínicos o fisiopatólogos no parecen haber sido capaces, como grupo, de desmitificar su trabajo y entusiasmar a los neumólogos noveles en el aprendizaje; su esfuerzo por facilitar los conocimientos necesarios no muestra resultados satisfactorios. Tampoco parecen ser capaces de destilar y transmitir aquellos conocimientos "esenciales" y dejar para uso propio del laboratorio aspectos más complejos o de menor aplicación clínica.

Por su lado, la medicina clínica no ha sabido desprenderse de parte de su aspecto de actividad artística, hecho indispensable para abrazar con decisión un mayor compromiso con aspectos de rigor científico, indispensable en los tiempos actuales. No ha sido, ni en su enseñanza académica ni en su formación posgraduada, lo suficientemente exigente en rigor, medición, contraste y, en definitiva, en la aplicación del método científico. Una de las víctimas de estas vacilaciones es la utilización clínica del estudio funcional, como lo demuestra de una forma escandalosa el porcentaje de enfermos "diagnosticados" de enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma a quienes nunca se ha practicado una espirometría. Lo chocante es el hecho de que el espirómetro y la espirometría no son más difíciles de manejar e interpretar que el electrocardiograma y el electrocardiograma, y tampoco son más caros. ¿Qué enfermo con dolor retrosternal, en cualquier nivel de la asistencia pública, no tiene hecho un electrocardiograma como parte de su estudio?

En pocas ocasiones el neumólogo actual se ha planteado estas carencias, y en menos todavía ha meditado sobre la evolución futura de la aplicación del estudio de la función respiratoria para uso clínico. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica lleva años con la valiosa iniciativa de cursos para residentes, como medio de ampliar y mejorar su formación. Esta vez ha decidido dedicar el curso a la función respiratoria, movida por la conciencia del estado de cosas citado anteriormente, y seguirlo de una publicación que aumentara su impacto. La iniciativa es encomiable y no debe ser única, pues representa un esfuerzo por cambiar la situación.