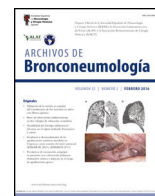




ARCHIVOS DE Bronconeumología

www.archbronconeumol.org



Editorial

COVID-19 y la neumología del siglo XXI: ¿reto u oportunidad?

COVID-19 and XXI Century Pulmonology: Challenge or Opportunity?

Las sociedades de todo el planeta, desde Asia hasta América han visto modificadas sus vidas, sus costumbres, sus hábitos cotidianos, sus relaciones personales y sus maneras de interactuar los unos con los otros y con el medio exterior de una forma brusca, aguda, sin mucho tiempo para la reflexión desde primeros de este año 2020 por motivo de la COVID-19 (del inglés coronavirus *disease* ocasionada por el virus SARS-CoV-2, identificado en el ser humano por primera vez a finales del año 2019). Concretamente en nuestro país, la declaración del «estado de alarma» el pasado 14 de marzo de 2020, impuso unos cambios drásticos en la cotidianeidad de nuestras vidas tanto desde un punto de vista personal como profesional. Absolutamente todas las actividades económicas y profesiones de nuestra sociedad se vieron modificadas en mayor o menor medida. Algunas se vieron afectadas por defecto, es decir no se podían e incluso aun, no se pueden desarrollar plenamente y quizá se vean todavía seriamente comprometidas durante los próximos meses, mientras que otras profesiones se vieron afectadas por un exceso de actividades y sobre todo de compromiso.

La enorme carga de responsabilidad y trabajo impuesta por la pandemia COVID-19 en todos los países europeos, y de forma muy especial en el nuestro, sobre la estructura sanitaria, la cual reposa esencialmente en el personal sanitario que compone la red pública de hospitales en España, dio lugar a la creación del epígrafe «emergencia sanitaria» que todos usamos a menudo y bajo el cual los medios recogen todas sus noticias más relevantes relacionadas con la pandemia diariamente. Pero ¿qué es la emergencia sanitaria concretamente?, ¿a quién afecta exactamente? ¿cuáles son los colectivos que están detrás de dicha emergencia sanitaria? A finales del mes de marzo del 2020 las urgencias médicas de una inmensa mayoría de hospitales pertenecientes a la red pública fueron testigo de un flujo de pacientes, en su mayoría portadores de la COVID-19, sin precedentes. Los dispositivos de atención a los pacientes se vieron desbordados hasta el colapso tanto por lo que respecta a los espacios físicos como a la incapacidad de atenderlos con los estándares de calidad esperados. Ello se sumó a la soledad inherente a la pandemia, puesto que los pacientes no pudieron ser acompañados durante sus visitas a urgencias ni durante las hospitalizaciones. La distancia social de seguridad requerida entre los mismos pacientes y con el personal sanitario resultó imposible, promoviendo los contagios.

De entre las manifestaciones clínicas de esta nueva entidad, que no deja aún de sorprendernos, la afectación respiratoria grave con criterios de compromiso vital, ha sido la dominante en esta primera oleada. Los pacientes acudían a urgencias aquejando astenia, dolor

torácico, fiebre y disnea intensa que, en muchos casos, en menos de 48 h, se hacía imposible de controlar con medidas convencionales, precisando soporte ventilatorio y medidas invasivas^{1,2}. En todo el país, el volumen de demanda a las unidades de cuidados intensivos (UCI) superó en la primera semana su capacidad, por lo que se precisó la ampliación de recursos mediante el apoyo de los servicios de anestesia. Este recurso también se vio superado en sus primeros 15 días, circunstancia que se agravó particularmente en los núcleos urbanos, los cuales vieron rápidamente comprometida la disponibilidad de las UCI. En este punto ha sido fundamental el papel desempeñado por la neumología gracias a su experiencia en la ventilación mecánica no invasiva (VMNI)².

La neumología ha dado soporte ventilatorio a centenares de pacientes durante este periodo que o bien por su situación basal no podían ser tributarios de medidas invasivas o simplemente la saturación de las UCI lo hizo inviable. Como resultado de la VMNI, un número significativo de pacientes han encontrado en este tratamiento el alivio de su insuficiencia respiratoria, mientras que para otros ha supuesto el tiempo necesario de soporte vital previo al ingreso en la UCI². En estos momentos, la neumología continúa su batalla contra el COVID-19, ofreciendo su apoyo continuo a las UCI mediante la realización de broncoscopias para liberar las vías aéreas de secreciones, y facilitando la salida precoz de los pacientes, gracias también a la VMNI². Muchos son ya los pacientes dados de alta con potenciales secuelas que aún desconocemos, pero que intuimos, y nos preocupan, por lo que paralelamente, en todos los hospitales se han comenzado a organizar consultas monográficas dirigidas al control y estrecho seguimiento de estos pacientes.

Este escenario ha puesto de manifiesto el gran papel de la neumología de este país y su relevancia e impacto en el control de la pandemia ocasionada por la COVID-19 en estos últimos meses. En este sentido, nos gustaría destacar que si muchos de los pacientes atendidos en nuestros hospitales cuyo motivo de consulta fue la disnea y la constatación de una insuficiencia respiratoria grave en requerimiento de soporte ventilatorio², están ya en las salas de hospitalización convencional y han salido por tanto, de las UCI o de las unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI), o están ya incluso de vuelta a sus hogares es en gran parte debido a la contribución y al gran papel desarrollado por todos los neumólogos que trabajan en los diversos hospitales de la red pública de este país.

Con la experiencia vivida y el panorama de posibles nuevas oleadas de neumonía por COVID-19, así como para el control de sus secuelas, creemos que la neumología, con sus propias herramientas diagnósticas y terapéuticas específicas, a destacar la broncoscopia,

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2020.05.006>

0300-2896/© 2020 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

la evaluación funcional respiratoria y la ecografía torácica²⁻⁴, ha demostrado ser y deberá ser considerada como una especialidad de primer orden en la medicina moderna. Y somos los neumólogos los médicos más indicados para liderar el seguimiento de las posibles secuelas respiratorias de estos pacientes.

Es de esperar que entre todos seamos capaces de aprovechar esta oportunidad que se brinda a todo el personal sanitario dedicado al manejo de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas y agudas, tales como la COVID-19. En nuestras manos está el saber extraer el máximo rendimiento de las lecciones que nos deja la pandemia por lo que respecta al crecimiento y a la constatación de que la neumología y las enfermedades respiratorias existen y son relevantes en nuestra sociedad, puesto que sin respirar nadie puede vivir y mucho menos sobrevivir. Como sociedad científica es nuestra responsabilidad concienciar a las autoridades sanitarias para que nos proporcionen los medios materiales y personales adecuados y suficientes que nos permitan desarrollar nuestra labor profesional con la calidad necesaria para minimizar al máximo las secuelas de esta enfermedad y poder seguir atendiendo al resto de pacientes con enfermedades respiratorias.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Mendoza Ferradas FJ, García del Barrio L, Bastarrrika G. Extent and Quantification of Inflammation Burden in COVID-19 by Computed Tomography. Arch Bronconeumol [Article in English, Spanish]. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2020.03.020>.

2. Cinesi Gómez C, Peñuelas Rodríguez Ó, Luján Torné M, Egea Santaolalla C, Masa Jiménez JF, García Fernández J, et al. Clinical Consensus Recommendations Regarding Non-Invasive Respiratory Support in the Adult Patient with Acute Respiratory Failure Secondary to SARS-CoV-2 infection. Arch Bronconeumol [Article in English, Spanish]. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2020.03.005>.

3. Pérez RC, Álvarez S, Ilanos L, Ares AN, Viedma EC, Díaz-Pérez D. SEPAR and AEER consensus recommendations on the Use of Bronchoscopy and Airway Sampling in Patients with Suspected or Confirmed COVID-19 Infection [Article in English, Spanish]. Arch Bronconeumol. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2020.03.017>.

4. Pérez Pallarés J, Flandes Aldeyturriaga J, Cases Viedma E, Cordovilla Pérez R. SEPAR-AEER Consensus Recommendations on the Usefulness of the Thoracic Ultrasound in the Management of the Patient with Suspected or Confirmed Infection with COVID-19 [Article in English, Spanish]. Arch Bronconeumol. 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2020.03.019>.

Esther Barreiro^{a,*}, Carlos Jiménez^b,

Julia García de Pedro^{c,d} y María Teresa Ramírez Prieto^e

^a Pulmonology Department, Muscle Wasting & Cachexia in Chronic Respiratory Diseases & Lung Cancer Research Group, Hospital del Mar-IMIM, Parc de Salut Mar, Health and Experimental Sciences Department (CEXS), Universitat Pompeu Fabra (UPF), Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona (PRBB), Barcelona, España

^b Unidad Especializada en Tabaquismo, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

^c Servicio de Neumología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

^d Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

^e Servicio de Neumología, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ebarreiro@imim.es (E. Barreiro)