



Editorial

Este es el momento

This is the time



Mi deseo de ser Neumólogo se fraguó en la carrera a consecuencia del cariño y la calidad docente de mis maestros Javier Gómez de los Terreros, Luis Callol, Vicente Navarro y Alfonso Miranda, en el extinto Hospital del Aire. De hecho, pudiendo hacer otras especialidades en el mismo hospital en el que hice la residencia en Neumología, opté por esta última porque me parecía más retadora intelectualmente. Sin embargo, ya durante el MIR, en mitad de los ochenta, la cardiología empezó un desarrollo que la convertiría en la envidia de otras especialidades, por el contrario, por bonitas que fuesen las enfermedades respiratorias sentía que no podíamos hacer mucho por los enfermos. Había bastante tuberculosis, con una cura eficaz, pero la mayoría de los pacientes en la sala tenían EPOC con “cor pulmonale” avanzado o cánceres de pulmón. En las consultas se veía asmáticos, que a muchos neumólogos les producía cierto rechazo. Es cierto que ya se veían algunos avances, los corticoides inhalados a dosis “altas” —las que consideramos bajas hoy en día— empezaban a cambiar el panorama del asma, la oxigenoterapia crónica domiciliaria¹ en la EPOC y un tal Guillemainault² describía las apneas obstructivas del sueño dentro del síndrome de obesidad-hipoventilación primero y luego como una entidad independiente. La neumología empezaba a cambiar, pero la tecnología que usábamos y nuestra farmacopea no avanzaban a la velocidad que yo deseaba³. Además, al afectar las enfermedades respiratorias mortales mayoritariamente a personas mayores, no impactaban en la sociedad (mi opinión, entonces igual que ahora, es que impacta más un niño que muere o una madre que deja a su familia huérfana que un mayor ya retirado, que además ha fumado) pero también mi percepción era la de cierto conformismo de los que, acomodados en su zona de confort, se consideraban sólo “clínicos” y no mostraban mucho interés por las técnicas. En fin, me parecía, que no les interesaba lo que hay detrás del arco iris. Especialidades transversales como oncología, alergología y luego infecciosas mostraban más ambición y dinamismo. Nos resignábamos a que el asma lo vieses los alergólogos y nos extasiábamos dejando que el microbiólogo nos dijera cómo hay que tratar la neumonía. Mi reflexión era (y sigue siendo) que si no se ponía pasión en lo que uno es y puede ser, se perdía el derecho a lamentarse. Potenciamos la broncoscopia, el laboratorio de pruebas funcionales (por tradición, a pocos neumólogos les gustaba y los alergólogos montaban los suyos). Sólo se supo defender (muy) bien la patología obstructiva del sueño y luego la ventilación mecánica no invasiva. La situación tocó fondo en el primer lustro del siglo XXI, hasta el punto de que algunos hospitales de pequeño y mediano tamaño se plantearon si era necesario tener

unidades de neumología. El sueño, la broncoscopia la tradición, la gran cohesión entre nosotros y, hay que reconocerlo, bastante más asertividad desde hacía unos años, salvaron la especialidad.

Pero las cosas ya estaban cambiando y desde entonces vienen surgiendo novedades terapéuticas notables, algunas de enorme eficacia, para el asma, la EPOC, la fibrosis idiopática, la hipertensión pulmonar, las infecciones pulmonares o bronquiales y tratamientos específicos para ciertas enfermedades genéticas. Se hicieron accesibles nuevas tecnologías como tomografía computarizada, el PET, la ecografía transtorácica y endobronquial, la criobiopsia, la reducción de volumen, la termoplastia, sistemas que permitía el acceso endobronquial a lesiones periféricas, el diagnóstico genético de infecciones y seguro que alguna cosa más que el lector me perdonara olvidar.

Hace poco me sorprendió leer un informe en MEDSCAPE sobre los neumólogos americanos que, aunque centrado en la compensación monetaria, también incluía otras preguntas que para mí son muy interesantes, por ejemplo, a la pregunta “Si tuviera que volver a empezar, ¿volvería a elegir la medicina?” Los neumólogos fueron más propensos que cualquier otra especialidad a responder que sí, volverían a elegir la medicina en el 88%, además el 87% de los neumólogos volverían a hacer la misma especialidad⁴. En España no hay encuestas similares, pero siento que la respuesta no sería distinta por varios motivos. En primer lugar, sin contar con la investigación, la neumología es muy variada tanto en enfermedades como en las muchas formas de practicarse, no siempre excluyentes, que se adaptan a distintas personalidades. Un neumólogo verá pacientes en el laboratorio de función o de sueño, las consultas ambulatorias, en la unidad de cuidados intermedios, en la sala de broncoscopia, en la unidad de enfermería o en programas más o menos sofisticados de atención a crónicos o paliativos. Existen oportunidades para cambiar de actividad si se desea. En segundo lugar, los neumólogos hacemos procedimientos como broncoscopias, intervencionismo endoscópico, toracentesis, ecografía torácica, terapias de oxígeno de alto flujo, ventilación no invasiva, pruebas funcionales, ergometrías, pleuroscopia drenajes torácicos... No olvidemos que son las técnicas lo que nos diferencia de otros especialistas.

La medicina pulmonar, 20 años después de la oncología y 30 años por detrás de la cardiología, ha entrado en una era dorada de avances científicos (como la cardiología lo hizo durante mi residencia). Ahora se está invertido una enorme cantidad de dinero en investigación pública y corporativa para el desarrollo de medios

diagnósticos más rápidos y precisos, enfermedades pulmonares previamente intratables se están volviendo no solo tratables, sino incluso curables. La reciente — y por otro lado desgraciada pandemia de SARS-CoV-2— al ser una enfermedad pulmonar — para la que otras especialidades estrellas no estaban capacitadas— y por la extraordinaria solvencia y entrega de nuestra especialidad en el manejo de la insuficiencia respiratoria grave en días muy difíciles para la población ⁵, ha puesto en primer plano la utilidad social de nuestros conocimientos y... también la escasez de neumólogos.

Los neumólogos tenemos que estar contentos. Ha llegado nuestro momento, sepamos aprovecharlo.

Bibliografía

1. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis, emphysema., Report of the Medical Research Council Working Party. *Lancet*. 1981 Mar;28(8222):681–6. PMID: 6110912.
2. Guilleminault C, Eldridge FL, Tilkian A, Simmons FB, Dement WC. Sleep apnea syndrome due to upper airway obstruction: a review of 25 cases. *Arch Intern Med*. 1977 Mar;137(3):296–300. PMID: 557314.
3. Álvarez-Sala Walther JL, Casan P, Villena V. *Historia de la Neumología y Cirugía torácica Española*. Madrid: Editorial Ramírez Arellano; 2013.
4. Leslie Kane, MA. Medscape Physician Compensation Report 2018| April 11, 2018 <https://www.medscape.com/slideshow/2018-compensation-overview-6009667>.
5. López Padilla D, Teran JR, López Martín S, Caballero FJ, Gallo V, Recio B, Castro JIZC, et al. Todos los caminos llevan a Roma: resultados de las terapias respiratorias no invasivas aplicadas en un centro terciario sin Unidad de Cuidados Intermedios durante la pandemia de COVID-19 *Open Respiratory Archives*. *Open Respiratory Archives*. 2021;3:100081.

Luis Puente-Maestú ^{a,b,c}

^a *Servicio de Neumología Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, Spain*

^b *Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Madrid, Spain*

^c *Departamento de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), Madrid, Spain*

Correo electrónico: lpuente@separ.es