

Evolución de la neumología y su posicionamiento en los próximos 20 años

*Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso**

El presente escrito es solamente una opinión que se basa en haber vivido nuestra especialidad por los últimos 28 años, no pretende ser ni una doctrina ni una verdad.

Durante las primeras décadas del siglo XX muchos de los enfermos de tuberculosis y otros padecimientos que se asociaban a ésta como la neumoconiosis, la asbestosis y la silicosis se manejaban con ácido paraminosalicílico y otros con procedimientos quirúrgicos cruentos y deformantes que ya casi no vemos en la actualidad, pero que aún se veían por los años ochenta. El advenimiento del tratamiento para la tuberculosis en la década de los cuarenta del siglo pasado revolucionó en parte el manejo de la enfermedad, y fue a mediados de los sesenta cuando aparecieron nuevas drogas que aseguraban la curación en un porcentaje cercano al 95%.

En contraste con la curación de las enfermedades infectocontagiosas, como la tuberculosis pandémica y su control en esos años, aparece una nueva epidemia provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana a la que se agregó la cada vez más frecuente enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) como consecuencia de el uso y abuso del



Foto: Boletín FACMED

Dr. Francisco Pascual Navarro Reynoso

Médico egresado de la Universidad La Salle, maestro en administración, diplomado de IPADE e ITAM, jefe de Neumología y Cirugía del Tórax del Hospital General de México y actual director de ese nosocomio. Miembro de varias sociedades y academias nacionales y extranjeras.

tabaco de personas que iniciaron a fumar a mediados de los sesenta, ahora tenemos muchos pacientes que si bien muchos ya dejaron el cigarro, tienen secuelas de esta adicción.

También asociado al tabaquismo se incrementó el número de casos con cáncer, sobre todo del tracto respiratorio: el cáncer broncogénico, que desgraciadamente cuando se diagnostica el paciente ya se encuentra en estadios no quirúrgicos de la enfermedad, con un avance mayor al 90%, con lo que no se asegura un buen pronóstico; son pocos los casos que se pueden curar.

También han aumentado en frecuencia otras enfermedades no infectocontagiosas, como el asma, la fibrosis pulmonar, las enfermedades intersticiales, la hipertensión pulmonar primaria y secundaria y el mesotelioma. Las enfermedades infectocontagiosas también han aumentado dada la comorbilidad que muchos pacientes tienen de enfermedades crónicas con manejo con inmunosupresores, broncodi-

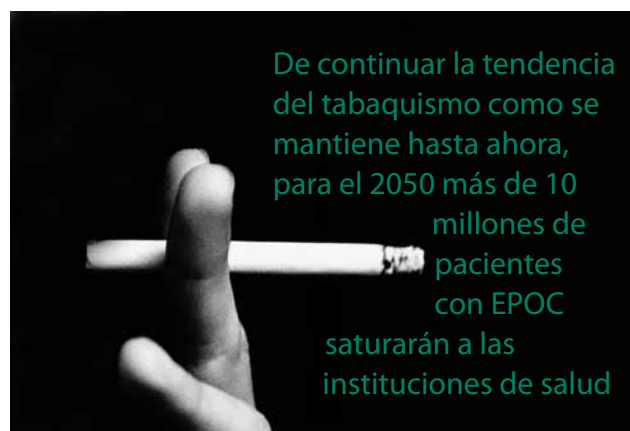
*Director general. Hospital General de México

latadores, esteroides y algunos otros, además de la aparición de las enfermedades virales estacionales o pandémicas como fue el virus de la influenza humana A H1N1 en el año 2009. En este 2010 México cuenta con más de 16 millones de fumadores, de continuar así la tendencia habrá para el año 2050 más de 10 millones de pacientes con EPOC que saturarán a las instituciones de salud públicas y privadas, dificultando con esto la atención de otros padecimientos.

Se han invertido muchos recursos en el manejo de numerosos de estos casos de enfermedades crónicas con las que el paciente sufre la pérdida de años de vida productiva y la disminución en su esperanza de vida. Estas enfermedades han requerido de atención médica hospitalaria y el gasto de recursos en su diagnóstico, en su tratamiento y en su rehabilitación, aunque muchos de estos pacientes se podrían haber evitado el padecimiento.

La fisiología era el nombre que se le daba a la ciencia que estudiaba las enfermedades respiratorias infecciosas desde principios de la historia de la medicina hasta finales del siglo XIX. Posteriormente se observó que no sólo abarcaba a las enfermedades infectocontagiosas, sino a otros grupos de padecimientos relacionados con la inhalación de humos y polvos, además del desarrollo de los primeros casos de enfermedades tumorales como el cáncer broncogénico y el mesotelioma; este es el momento en que se adopta el nombre de *neumología* a nuestra especialidad, que en nuestro país fue muy bien posicionada desde los años cincuenta a los ochenta, pero en las muchas de los médicos formadores de neumólogos y cirujanos de tórax dejaron de estar en las instituciones más prestigiadas para ocupar puestos de responsabilidad en universidades; los grupos formadores de neumólogos entraron en crisis, además de la pérdida de camas y de infraestructura del grupo de neumólogos y cirujanos del Centro Médico Nacional, que después del sismo del 1985 tuvieron que reubicarse en el Centro Médico La Raza en donde permanecen muy limitados; el Centro Médico aún sufre esta carencia, no tiene un Servicio de Neumología bien constituido.

La tendencia en Estados Unidos, Canadá y Europa es formar especialistas neumólogos que se de-



dicen más a la terapia intensiva y han dejado de hacer las destrezas que el clínico realizaba y ahora las realiza el cirujano torácico, además de la tendencia en el manejo de la EPOC por médicos internistas. Pero si esta última enfermedad es tan frecuente se debe atender tanto por médicos de primer contacto como por internistas, ya que los especialistas neumólogos serán insuficientes para hacerlo.

En México y en la medicina socializada la tendencia fue la misma: enfermos neumológicos manejados por médicos no especialistas y que pueden no ser vistos nunca por estos profesionales de la salud.

En la actualidad el manejo a nivel hospitalario de las enfermedades crónico-degenerativas pulmonares requiere de muchos días, la aplicación de muchos recursos humanos y económicos, y para ello los sistemas de salud de las naciones no serán suficientes. Para atender la gran demanda en nuestro país tendremos que hacer un análisis rápido que pueda resolver los grandes problemas de atención médica, ésta deberá ser expedita con tiempos de estancia muy cortos, pero suficientes para que el paciente se estabilice y vaya a casa a continuar su manejo, manteniendo el contacto con su médico. En algunas instituciones hemos desarrollado proyectos que, en conjunto con enfermería y trabajo social, sean modelos de atención en donde se mantiene contacto directo con el paciente y su familia desde el hospital, para preguntarle al paciente algunos datos respecto a su enfermedad y explicarle cuáles son los signos de alerta que le indican una descompensación para que acuda rápidamente al hospital.

En el futuro la atención domiciliaria con la participación del paciente y su familia será de la mayor importancia, ya que en casa estará mejor cuidado, recibiendo su tratamiento médico y oxígeno, y evitando los riesgos de permanecer en un hospital; con esto se fomentará el autocuidado.

También en un tiempo no muy largo, con dispositivos de monitoreo telefónico o de Internet, se podrá vigilar la frecuencia cardíaca del paciente, así como el electrocardiograma y la saturación de oxígeno, lo que permitirá saber como se encuentra al equipo que lo vigila desde el hospital. Tal vez el médico lo pueda traer en una Ipad, en un reloj o en el teléfono celular.

El uso de equipos generadores o almacenadores de oxígeno más pequeños serán prioritarios, con ellos el paciente podrá hacer una vida activa y salir de su domicilio con la mayor confianza, con lo que se le pueden devolver en gran medida los años de vida activa y productiva con pocas restricciones, dándole así una mejor actividad social.

En el manejo de la EPOC será muy importante la participación de la sociedad y la familia del paciente, ya que muchos permanecen numerosas horas usando el oxígeno y en poco contacto con personas, que aunado a las limitaciones físicas propias de la enfermedad, les provoca depresión de difícil control. La tríada paciente-familia-médico debe fortalecerse y con buscar la mayor participación de este triángulo que deberá ser virtuoso.

Otro gran reto será el desarrollo de mejores drogas, tal vez de una dosis diaria, más efectivas, con menos efectos colaterales y que cuenten con dispensadores de medicamentos inhalados más efectivos, más fáciles de usar, que puedan ser esterilizados en el hogar o desecharlos, a un costo bajo. En el manejo crónico de las enfermedades respiratorias el paciente aún no tiene el apego al control frecuente de su enfermedad, como si lo tienen pacientes con hipertensión arterial sistémica (HTAS) o diabetes mellitus; se piensa que el control es sólo para cuando se está mal y el médico no sabe explicar al paciente y a su familia que el problema requiere un control crónico, tal vez 4 veces por año, cuando el paciente esta estable.

Los programas de difusión para la prevención por parte de las instituciones de salud deberán impactar en los estilos de vida de la sociedad por medio de televisión, internet o radio, e incrementar las acciones concernientes a ser organizaciones socialmente responsables (OSR). También por estos medios se podrán incrementar programas de rehabilitación, de educación para la salud, de autoayuda, de información, prevención y mejora en los estilos de vida. Debemos de trabajar para que la gente nos vea como instituciones de referencia, activas e innovadoras.

La detección y atención expedita de las enfermedades respiratorias agudas es punto clave, ya que el buen manejo de estas evita la cronicidad y la aparición de secuelas que cuando son problemas agudos de repetición van minando poco a poco la función respiratoria; esto último hace prioritario el manejo oportuno y rápido.

Sin duda el fomento del ejercicio, el no uso del tabaco y drogas, la buena alimentación y el cuidado del sobrepeso son aspectos a incrementarse en este siglo XXI, ya que la asociación de uno varios de ellos incide directamente en el desarrollo de EPOC y otras enfermedades respiratorias crónicas.

Los que nos dedicamos a ejercer la especialidad que trata la gran gama de enfermedades respiratorias requerimos posicionarnos mejor dentro del ámbito nacional, y para esto sólo la falta de imaginación o de ganas serán nuestra gran limitación. ●

REFERENCIAS

- Navarro RF, Cicero SR. La tuberculosis pulmonar a través del tiempo, una síntesis histórica. *Rev Int Enf Resp*. 1995;8(1): 72-82.
- Ramírez CE, Navarro RF, Cicero SR. El cáncer broncogénico en el hospital general de México; estudio de dos décadas. *Revista de Salud Pública de México*. 1995;37(2):155-61.
- Navarro RF. La enseñanza de la neumología en el posgrado. Editorial. *Rev Soc Mex Neum y Cirugía de Tórax*. 1997;53(3): 1-2.
- Navarro RF. Cirugía de la tuberculosis pulmonar; conceptos actuales. *Rev Inst Nal Enf Resp*. 1997;10(3):203-9.
- Navarro Reynoso FP. Integración de equipos en medicina, ¿un reto para el médico? *Rev Fac Contaduría y Administración*. UNAM. 2005;(6)1-6.
- Navarro Reynoso F. Editorial. Cómo lograr un sueño. *Rev Hosp Gen Méx*. 2009;72(3):121.