

La práctica de la neumología: reflexiones personales

René Agustín Flores-Franco* ✉

* Neumólogo, Sistema Estatal de Salud. Chihuahua, Chih., México.
Trabajo recibido:15-IX-2010; aceptado: 09-XI-2010

Como neumólogo, a casi ocho años de mi egreso del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas (INER) he tenido la oportunidad de ejercer en provincia, en Hospitales Generales de segundo nivel. Durante todo este tiempo mi práctica profesional se ha adaptado de acuerdo con las circunstancias, las cuales creo no son muy diferentes a otros hospitales del país. Estos hospitales se caracterizan por ser de bajos recursos, y donde se atiende gran parte de la patología respiratoria que no es accesible a un tercer nivel de atención. Por lo mismo, no se cuenta con áreas especializadas en fisiología respiratoria, inhaloterapia o broncoscopia. El recurso físico se reduce a sólo un consultorio compartido con otras especialidades, y el recurso humano a sólo un neumólogo y un cirujano de tórax. Este último, en algunas instituciones ejerce como un servicio interconsultante y subrogado como es el caso del IMSS de mi localidad.

A continuación analizaré algunos aspectos sobre la problemática del ejercicio de la neumología en hospitales de segundo nivel.

Los neumólogos, como en otros países tercermundistas nos enfrentamos cotidianamente a patologías respiratorias infecciosas, neoplásicas y cronicodegenerativas.¹ Como elementos de apoyo nuestro armamentarium consta de espirometría, trócares, agujas de biopsia pleural, broncoscopios (flexible), es así como nuestras habilidades se reducen al uso de éstos únicamente. Así fuimos entrenados en el INER, dejando los demás procedimientos invasivos al cirujano de tórax o al radiólogo intervencionista. En lo personal, creo que dicho entrenamiento es limitado en relación con las necesidades de nuestro país, lo cual nos hace importantemente dependientes de esas especialidades. Considero que dicho entrenamiento es influido por prácticas o costumbres de países occidentales con necesidades muy diferentes a las de nuestro país. Así, p. ej., en Estados Unidos gran parte de la patología pleural se canaliza al cirujano de tórax, mientras que en algunos países de Europa, la toracoscopia médica, conocida también

como pleuroscopia es realizada por los neumólogos.² Desafortunadamente, el mesotelioma no es infrecuente en mi comunidad, por lo que durante mi tiempo de práctica profesional tuve la necesidad de entrenarme a la realización de este procedimiento. Realmente me ha sorprendido lo sencillo, útil, retroalimentador y económico que resulta y con una relativa baja incidencia de complicaciones. Este procedimiento puede ser realizado con endoscopios semiflexibles o rígidos y ofrece una alternativa muy atractiva en el estudio del paciente con patología pleural en donde la biopsia con aguja no es lo suficientemente orientadora (figura 1). Inclusive, puede ser realizado en departamentos de endoscopia y muchas veces sólo con anestesia local.

La sonografía de tórax es otro recurso indispensable en la actualidad, y el neumólogo contemporáneo debiera incluirla dentro de sus habilidades, ya que es de gran ayuda para la realización de procedimientos, como la toracocentesis, biopsias pleurales o de tumores intratorácicos periféricos o para el estudio de patología toracoabdominal y cardiovascular. Los equipos de sono-



Figura 1. Pleuroscopia rígida mediante un puerto y bajo anestesia local.

grafía portátil son cada vez más accesibles para el clínico (Acuson P10, GE Vscan, Sonosite) y para su uso no es necesario un entrenamiento prolongado.³

En el INER, habitualmente el protocolo de estudio del paciente con patología intersticial incluye la realización de una biopsia pulmonar a cielo abierto por un cirujano de tórax y con objetivos adicionales, tanto académicos como de investigación. No obstante, la correlación clínica-radiológica por lo regular no es mala y los recursos terapéuticos en provincia para aquellas formas fibrosantes no van más allá de la oxigenoterapia y los esteroides sistémicos con o sin asociación a otros inmunosupresores. De tal forma que exponer al paciente a este procedimiento por lo regular no ha arrojado más información que la que ya se obtuvo por otros medios. Frecuentemente, ha sido de mayor utilidad clasificar clínicamente a los pacientes con neumopatías intersticiales fibrosantes en aquellos que responden a esteroides sistémicos y en los que no lo hacen. Por otro lado, si la habilidad para diferenciar la diversa patología intersticial entre los patólogos especializados es muchas veces heterogénea, con mayor razón es entre aquellos patólogos generales disponibles en hospitales de segundo nivel, dificultando aún más la toma de decisiones con base en sus resultados.

El papel de los estudios de fisiología respiratoria también es limitado en provincia. Fuera de la espirometría, la gasometría arterial y la oximetría de pulso en reposo y durante el ejercicio, aquellos estudios como la ple-tismografía de cuerpo completo, difusión, óxido nítrico exhalado, ejercicio cardiopulmonar, aunque útiles, no los consideramos imprescindibles y, por lo tanto, tienen una escasa repercusión en el manejo del paciente. Los estudios con equipos portátiles de monitoreo durante el sueño, son subrogados a empresas locales donde muchas veces no quedan claros los posibles conflictos de interés, viendo que son estas mismas empresas las que rentan a las instituciones los ventiladores no invasivos. Estos estudios son también mal interpretados como estudios de polisomnografía multicanal, y es bien sabido que no ofrecen una mayor información que la obtenida por la clínica en cuanto a la detección de aquellos casos muy sugestivos de apnea obstructiva del sueño.⁴

El manejo del paciente con asma y EPOC es especialmente difícil en hospitales de segundo nivel, principalmente por cuestiones económicas, considerando que las dosis de los diversos esteroides inhalados disponibles son considerablemente subóptimas. Junto con los pacientes con problemas de tabaquismo, los pacientes obstruidos representan gran parte del volumen de aquéllos atendidos en la consulta externa de neumología, y su complejidad requiere de una atención multidisciplinaria o de "clínicas" especializadas, las

cuales absorberían importantemente los recursos de un hospital. Quedaría por verse el beneficio potencial por parte de las empresas farmacéuticas o de investigación; no obstante, esta situación haría del hospital un centro de surtido de recetas, ya que los pacientes al no contar con los medicamentos en el centro de salud periférico respectivo, los forzaría a volver y saturar aún más el servicio de la consulta externa.

De especial importancia es el estudio y manejo del paciente con tuberculosis en hospitales de segundo nivel, considerando que los pacientes con tuberculosis –sobre todo aquéllos con formas pulmonares–, se diagnostican y tratan en hospitales más que en un primer nivel de atención como sería lo recomendado según la Norma Oficial Mexicana. La falta de laboratorios de Micobacteriología, comités de tuberculosis, la toma inadecuada y el retraso en el reporte de baciloscopías, ventilación inapropiada de consultorios, cuartos de pacientes y departamentos de endoscopía o en los sitios de toma de muestras de expectoración, dificultan aún más el manejo de estos pacientes. Si la baciloscopía no es orientadora en el diagnóstico, en nuestro medio la histopatología es el siguiente recurso diagnóstico, lo que conlleva una mayor exposición al personal de salud y riesgos para el paciente según el grado de invasividad para la obtención de los tejidos. Sin embargo, sobre todo en el caso de la tuberculosis pleural o pericárdica, no es infrecuente el reporte de formas agranulomatosas en las cuales es únicamente mediante el cultivo o las pruebas de reacción en cadena de polimerasa donde puede evidenciarse al bacilo o sus componentes y asumirlo así como el agente causal. Considerando estas limitaciones, los tratamientos empíricos son una realidad, no obstante, siempre debieran ser asociados a criterios clínicos y radiológicos bien validados.⁵

Por todo lo anterior, es imprescindible que los programas formativos de neumología sean modificados acorde a la realidad de nuestro país. Gran parte de los neumólogos recién egresados no ejerceremos en instituciones de tercer nivel y deberemos estar preparados para ello. Tal vez sea importante incidir en la creatividad del médico, ya que con los recursos existentes debemos ser capaces de ejercer con la mejor calidad posible. En lo personal, la creatividad me ha servido como un excelente medio para la resolución de problemas.⁶⁻⁸ Aprender no es someterse a moldes, sino vivir innovadoramente. Quien aprende debe esforzarse en dar apertura a su sensibilidad, al trabajo, a la flexibilidad y originalidad en el pensar y en el actuar.⁹ El principal objetivo de la educación es crear individuos capaces de hacer cosas nuevas y no simplemente de repetir lo que hicieron otras generaciones. Para Bloom,¹⁰ la creatividad es el último nivel jerárquico dentro de los objetivos del aprendizaje,

pasando por aquéllos de memorización, entendimiento, aplicación, análisis y juicio, en ese orden. Tal vez por esto sea el nivel menos alcanzado dentro de los programas educativos.

La enseñanza de la neumología no deberá estar al margen de los cambios educativos actuales en los cuales el aprendiz toma cada vez mayor importancia en el diseño de los programas, tomando en cuenta sus necesidades y estilos de aprendizaje y preparándolo para ser un *aprendiz a lo largo de la vida* con una capacidad de adaptación a las circunstancias y exigencias de su comunidad.

Es así como la educación que se imparte en el INER deberá estar inmersa de aquellos aspectos del medio donde nos desenvolveremos, incidiendo así en nuestra integración con la comunidad, en la vinculación con nuestro desempeño y finalmente en la salud de nuestra población.

REFERENCIAS

1. MacFarlane J. *The respiratory physician in a Third World district hospital*. Br Med J (Clin Res Ed) 1984;289:675-677.
2. Tape TG, Blank LL, Wigton RS. *Procedural skills of practicing pulmonologists. A national survey of 1,000 members of American College of Physicians*. Am J Respir Crit Care Med 1995;151(2 Pt 1):282-287.
3. Beckh S, Bölcskei PL, Lessnau KD. *Real-time chest ultrasonography: a comprehensive review for the pulmonologist*. Chest 2002;122:1759-1773.
4. Torre-Bouscoulet L, Castorena-Maldonado A. *Pros y contras de la simplificación de los métodos diagnósticos en adultos con apnea obstructiva del sueño*. Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2008;21:131-141.
5. Siddiqi K, Lambert ML, Walley J. *Clinical diagnosis of smear-negative pulmonary tuberculosis in low-income countries: the current evidence*. Lancet Infect Dis 2003;3:288-296.
6. Flores-Franco RA, López-Gonzalez A. *Treatment of bilateral spontaneous pneumothorax: the catheter drainage method is still useful!* Respirology 2008;13:1093-1094.
7. Flores-Franco RA. *Toracocentesis paliativa en países de bajos recursos*. Arch Bronconeumol 2010;46:339-340.
8. Flores-Franco RA. *Improvised chest tube valve for intra-hospital patient transportation*. Indian J Chest Dis Allied Sci 2010;52:175-176.
9. Calero-Pérez M. *Aprendizaje sin límites. Constructivismo*. México, D. F.: Alfaomega Grupo Editor; 2009.
10. Bloom BS. *Taxonomía de los objetivos de la educación*. Buenos Aires, Argentina: El Ateneo; 1956.

✉ Correspondencia:

Dr. René Agustín Flores-Franco,
Neumólogo. Sistema Estatal de Salud. Av. Colón
y Teófilo Borunda 510, colonia Centro. Chihuahua,
Chih., México 31000
Teléfono: +614 4160530
Correo electrónico: rflores99@prontomail.com

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.