

## ¿QUÉ PASA CON LA NEUMOLOGÍA?

J.G. Soto Campos.

Sección de Neumología. Hospital de Jerez. Cádiz.

Pocos especialistas han visto crecer su potencial asistencial y científico al ritmo que ha ocurrido en Neumología. La incorporación de nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas ha permitido ampliar el horizonte de nuestra especialidad más allá de lo que podía imaginarse hace tan sólo unos años<sup>1</sup>.

Cada vez un número mayor de enfermos es subsidiario de ser atendido por neumólogos, incrementándose progresivamente el listado de enfermedades que son competencia de nuestra especialidad. El desarrollo de la ventilación mecánica no invasiva ha supuesto un gran avance en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria de origen toracógeno o neuromuscular<sup>2</sup> y en exacerbaciones de enfermedades respiratorias crónicas como en la EPOC<sup>3</sup>. Todo ello ha hecho posible que el neumólogo juegue un papel preponderante en el manejo de los enfermos con insuficiencia ventilatoria. Por otro lado nadie puede discutir, en la actualidad, que las unidades de sueño se han convertido en una estructura imprescindible dentro de los Servicios o Secciones de Neumología<sup>4</sup>. La broncoscopia intervencionista es otra actividad plenamente consolidada hoy día, con líneas potenciales de crecimiento realmente estimulantes como la reducción de volumen endoscópica<sup>5</sup>.

El enorme coste económico para los distintos sistemas sanitarios, de los procesos que atendemos, nos han llevado a comprometernos en la búsqueda de alternativas a la hospitalización y al desarrollo de una atención integral contemplando medidas de prevención, promoción y educación. Así somos pioneros en la gestación de atención domiciliar y programas específicos para determinadas patologías que se han mostrado eficaces en la reducción del número de reingresos hospitalarios y en el coste de la atención sanitaria por paciente<sup>6</sup>. Por otro lado, hemos sido los primeros en vislumbrar la magnitud del problema del tabaquismo y sentar las bases de Unidades Especializadas en el tratamiento de esta adicción (cada vez más consolidadas en los distintos hospitales de nuestra red)<sup>7</sup>. También ha quedado patente la mayor efi-

ciencia en el tratamiento de enfermedades respiratorias atendidas por especialistas en esta materia respecto de otros profesionales. Buckanall et al<sup>8</sup>, demuestran como el 20% de pacientes asmáticos tratados por otras especialidades requirieron reingreso en una año de seguimiento tras el alta, frente al 2% de los que recibieron atención neumológica.

Todas estas perspectivas de crecimiento contrastan con los resultados del trabajo publicado en esta revista por Díez Piña y cols. Según este artículo sólo 28 (58,3%) de nuestros residentes formados el período 2000-2003, han trabajado en alguna ocasión como especialistas en Neumología y únicamente 9 de ellos (18,75%) tenían contratos estables. Por consiguiente, a pesar del peso específico de las enfermedades respiratorias en nuestra sociedad, existe un número importante de neumólogos con dificultades para ejercer como tales al término de su período de formación. Estos autores comentan que tienen la percepción de que se están formando más especialistas de los que el mercado laboral puede absorber, lo que obligaría a replantear el número actual de plazas ofertadas para la formación de residentes y adecuarlas a las necesidades de nuestro sistema sanitario.

Al plantearnos esta cuestión de si sobran o faltan neumólogos en el ámbito de Neumosur, tenemos que analizar los resultados del estudio sobre recursos humanos y materiales elaborado por nuestra Sociedad<sup>9</sup>. Según este trabajo, en prácticamente ninguna de las provincias de nuestro ámbito se alcanza la cifra propuesta por la OMS de 3,5-4 neumólogos por 100.000 habitantes. Cabe resaltar que en 24 de los 47 centros hospitalarios de nuestra geografía, no existen camas adscritas a Neumología (generalmente Hospitales Comarcales) y que una de las principales deficiencias apuntadas por 23 de estos establecimientos es la falta de personal médico. Todo esto justifica un deficiente desarrollo del potencial de nuestra especialidad como muestra el hecho de que no sea posible un estudio básico o cribado de patología respiratoria durante el sueño en 19 de estos hospitales. Por

Recibido: 25 de octubre de 2004. Aceptado: 17 de mayo de 2005.

Correspondencia:  
José Gregorio Soto Campos  
Sevilla, 42, 1ºJ. Edificio Seritium  
11402 Jerez de la Frontera (Cádiz)  
med009825@saludalia.com

este motivo el problema no parece ser la formación de demasiados especialistas, sino más bien la contratación de estos neumólogos en un número insuficiente para asumir las necesidades de una medicina que se pretende sea cada vez de mayor calidad.

En resumen, las deficiencias observadas parecen situarnos en un mercado laboral no saturado. La creación de nuevas plazas pasaría por considerar nuevas necesidades no asumibles por el personal ya en nómina, como por ejemplo, la patología del sueño, la broncoscopia intervencionista o la ventilación mecánica no invasiva. Esto será más fácil en hospitales comarcales, en los que la expansión basada en el cuerpo de internistas podría virar hacia la aceptación de las especialidades. Para ello es fundamental que nuestra Sociedad sea un intermedia-

rio válido para la exposición de las carencias de los distintos centros ante los responsables de política sanitaria. Tendríamos que establecer unos requisitos mínimos que deberían cumplir las Carteras de Servicios para Neumología en cada hospital dependiendo de su categoría. Estos criterios deberían desterrar el modelo sanitario de neumólogo consultor definitivamente, incluir la existencia de camas adscritas a la Unidad en todos los casos, una dotación mínima de más de dos personas en cada hospital comarcal, delimitar las zonas comunes con otras especialidades promoviendo la creación de equipos multidisciplinares y establecer indicadores de calidad para cualquier actividad que se desarrolle en el contexto de nuestra especialidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Lobato S. En defensa de la Neumología. Arch Bronconeumol 1999; 35:467-469.
2. Metha S, Hill NS. Noninvasive ventilation. Am J Respir Crit Med 2001; 163:540-577.
3. Plant PK, Owen JL, Parrott S, Elliot MW. Cost effectiveness of ward based non-invasive ventilation for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: economic analysis of randomised controlled trial. BMJ 2003; 326(7396): 956-60.
4. Terán Santos J, Fernández García C, Cordero Guevara J. Situación en España de los recursos diagnósticos y de los tratamientos con presión positiva continua sobre la vía aérea, en el síndrome de apneas-hipopneas del sueño. Arch Bronconeumol 1999;35: 477-482.
5. Yim Ap, Hwong TM, Lee TW, Li WW, Lam S, Yeung TK, Hui DS, Ko FW, Sihoe AD, Thung KH, Arifi AA. Early results of endoscopic lung volume reduction for emphysema. J Thorac Cardiovasc Surg 2004; 127(6): 1564-73.
6. Skwarska E, Cohen G, Skwarski KM, Lamb C, Bushell D, Parker S, Mac Nee W. Randomized controlled trial of supported discharge in patients with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Thorax 2000; 55(11): 907-12.
7. Jimenez Ruiz CA, Solano Reina S, Barrueco Ferrero M, de Granada Orive JL, Lorza Blasco JJ, Alonso Viteri S, Florez Martin S, Sobradillo Pena V; Grupo de Trabajo del Area de Tabaquismo de la SEPAR. Guía para la organización de Unidades Especializadas de Tabaquismo. Arch Bronconeumol 2001; 37 (9):382-7.
8. Bucknall CE, Moran F, Robertson C, Stevenson RD. Differences in hospital asthma management. Lancet 1988; 1: 748-750.
9. Junta directiva Neumosur. Mapa de Neumología y Cirugía Torácica de NEUMOSUR 2001-2002. Neumosur 2002; 14 (4): 235-244.