

Especialistas líderes en Medicina Respiratoria

Leading specialists on Respiratory Medicine

Luis Torre-Bouscoulet ✉

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México.

En México existe un enorme rezago en la formación de especialistas; no obstante, la postura oficial es que se «*sobre producen*» especialistas.¹ Esa percepción está equivocada. El hecho es que, aunque el déficit nacional de médicos generales es mayor que el de especialistas, eso no significa que «*sobran*» especialistas.

El número de neumólogos en México rebasa apenas los 750 especialistas. Estimaciones puntuales señalan que el número de neumólogos necesarios en México es al menos de dos mil.² Esa estimación permitiría mantener la recomendación de 50 mil habitantes por neumólogo; dicha relación es actualmente a nivel nacional de un neumólogo por cada 133 mil habitantes. Es decir, tenemos en el mejor escenario, el 40% de los neumólogos que necesita el país.² Esto ha hecho que se modifiquen los programas de formación de especialistas en medicina respiratoria, siendo en la actualidad programas de entrada directa. Mucho se ha discutido acerca de la pertinencia de estos cambios;³ no obstante, más allá de dichas diferencias, el motivo de estas líneas es reflexionar sobre las necesidades que tiene nuestro país en términos de la salud respiratoria.

Las enfermedades respiratorias son causa frecuente de morbilidad y mortalidad en México y en el mundo. Las cinco condiciones más importantes como causa de «*carga*» respiratoria a nivel mundial son asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones respiratorias agudas, tuberculosis y cáncer pulmonar. La prevalencia sumada de asma y EPOC en México alcanza la de diabetes *mellitus*; lo cual, no se refleja en las causas de consulta en hospitales de segundo

nivel o en los centros de salud. Si fuera así, debería atenderse a un paciente con asma/EPOC por cada uno con diabetes; lo que claramente no sucede así por el enorme subdiagnóstico que se tiene de asma y EPOC y el pobre uso de la espirometría. El subdiagnóstico de EPOC en México es de casi el 90%.⁴

Ante este gigante problema de salud pública, lo ideal sería que los médicos que pertenecen al primero y segundo nivel de atención estuvieran capacitados para diagnosticar y tratar a pacientes con asma/EPOC y otras enfermedades respiratorias. Lo anterior implicaría mejorar y extender la sección de medicina respiratoria en los programas de licenciatura y de especialidad en medicina familiar y medicina interna. Para los médicos de esos niveles de atención que ya se encuentran en el ejercicio de la profesión, se requieren cursos de capacitación que los sensibilice para evaluar mejor a los pacientes con sospecha de enfermedad respiratoria crónica. Las guías de práctica clínica *per se*, no son suficientes para mejorar la atención; se requiere una elevada sospecha clínica para tal fin. Los programas basados en síntomas —*no en enfermedades*— podrían ser una alternativa.

La realidad actual es que la gran mayoría de los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas no están identificados y no reciben tratamiento. Peor aún, se les diagnostica una enfermedad cuando es otra. Por ejemplo, se cataloga como EPOC cuando es fibrosis pulmonar, o como EPOC cuando en realidad es apnea del sueño, o como tuberculosis cuando es cáncer pulmonar. Un ejemplo de ello es la prescripción de oxígeno suplementario. El estudio PLATINO demostró, en una muestra poblacional en México, que el 90% de los sujetos candidatos a oxígeno suplementario no lo recibían; mientras que el 50% de quienes lo recibían, no tenían hipoxemia.⁵ Lo mismo pasa con EPOC, la mitad de los sujetos catalogados como EPOC no tie-

✉ Autor para correspondencia:

Dr. Luis Torre-Bouscoulet, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México.
Correo electrónico: luistorreb@gmail.com

Trabajo recibido: 23-I-2018; aceptado: 30-I-2018

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/neumologia>

nen obstrucción.⁴ Cuando el paciente es persistente y manifiesta recurrentemente sus síntomas, quizá sea remitido a algún hospital donde exista atención especializada de neumología o bien, por su cuenta, buscará a alguno de los 750 neumólogos que hay en México (la mitad en la zona metropolitana del Valle de México).¹ La atención médica basada en unos cuantos cientos de neumólogos para evaluar y tratar, sólo para asma y EPOC, al 10-12% de la población adulta es visiblemente una estrategia anacrónica e insuficiente. De las líneas anteriores podemos obtener dos conclusiones; 1) el primero y segundo nivel de atención tienen graves limitaciones para diagnosticar y tratar a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas; y 2) el número de neumólogos en México es insuficiente para cubrir la necesidades epidemiológicas.

Ante esto, el liderazgo más que deseable es necesario.

En los últimos años, el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas ha logrado identificar e impulsar a jóvenes neumólogos para que ejerzan su liderazgo. Esto ha permitido p. ej. que en Guadalajara, México, se haya fortalecido el programa de neumología del Centro Médico Nacional de Occidente y se cuente con una exitosa clínica de sueño que brinda atención a gran parte de la población de esa región. Se han implementado también laboratorios de función pulmonar en Mérida y Monterrey y se ha contribuido notablemente con la generación de nuevos programas de posgrado para neumólogos como es el caso del Hospital Central Militar. Muchos de los egresados buscan la oportunidad de ser docentes y se han incorporado a la plantilla de profesores de diversas universidades. Estoy seguro que la mayoría de ellos motivan a sus alumnos y de alguna manera los estimulan hacia una mejor práctica de la medicina respiratoria; ese esfuerzo genera resultados exponenciales. Las acciones señaladas, dependientes de liderazgo, tendrán un mayor efecto sobre la salud pública en comparación con lo que pueda hacer un neumólogo competente trabajando

de forma individual. El líder se distingue porque tiene visión, favorece el cambio y se anticipa al futuro. El nuevo paradigma en medicina —la llamada *medicina de precisión*— plantea retos mayúsculos a un sistema como el nuestro.

Creo que los que tenemos la oportunidad de ser docentes en programas de neumología debemos cambiar nuestros objetivos. No debemos pensar en formar neumólogos sino más bien líderes en medicina respiratoria. Son ellos quienes deberán implementar estrategias que estén a la altura de lo que exige el avance científico en el área respiratoria.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Díaz MI. *Narro afirma que en México se producen médicos especialistas en exceso*. Fecha de consulta: 23 enero, 2018. Accesible en: <http://saludiarlo.com/narro-afirma-que-en-mexico-se-producen-medicos-especialistas-en-exceso/>
2. Vázquez-García JC, Fernández-Vega M, Salas-Hernández J, Pérez-Padilla R. *Retos y avances en la formación de especialistas en enfermedades respiratorias en México*. *Neumol Cir Torax* 2012;71(2):147-157.
3. Vázquez-García JC, Fernández-Vega M, Salas-Hernández J, Pérez-Padilla R. *¿Cómo formar más y mejores neumólogos?* (carta al editor). *Neumol Cir Torax* 2012;71(3):291-292.
4. Tálamo C, de Oca MM, Halbert R, et al.; PLATINO team. *Diagnostic labeling of COPD in five Latin American cities*. *Chest* 2007;131(1):60-67.
5. Perez-Padilla R, Torre-Bouscoulet L, Muiño A, et al.; Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar (PLATINO) group. *Prevalence of oxygen desaturation and use of oxygen at home in adults at sea level and at moderate altitude*. *Eur Respir J* 2006; 27(3):594-599.