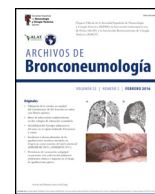




Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.



## Editorial

# Los territorios fronterizos de la especialidad

## The Border Territories of the Specialty



Todas las especialidades médicas tienen territorios fronterizos, considerando como tales aquellas áreas, enfermedades o procesos donde 2 o más ramas de la medicina entran en conflicto por saber quién se encarga de su control. Una de las más habituales y que existe en un buen número de hospitales es con el propio tronco médico, entendido como la medicina interna. Es más, en muchos casos la neumología existe como «sección» y no como «servicio», con las consecuencias que de ello se derivan. No obstante, es con otras especialidades perfectamente reconocidas por su propia trayectoria con quien más habitualmente se producen fricciones relacionadas con la responsabilidad sobre ciertos enfermos. Las enfermedades infecciosas respiratorias, la hipertensión pulmonar, el tromboembolismo pulmonar, la afección pleural, el asma, el cáncer de pulmón y un largo etcétera son diagnósticos que frecuentemente entran en disputa por saber el servicio médico donde deben valorarse. La pandemia por coronavirus nos ha acercado a un nuevo territorio de conflicto, al producirse insuficiencia respiratoria aguda grave y la necesidad de ingreso en unidades de cuidados intensivos (UCI).

La neumología ha desarrollado con mucha fuerza y con gran éxito en los últimos años unidades de cuidados respiratorios intermedios (UCRI), donde el número de especialistas, su preparación específica, la ratio de enfermería por camas y los equipos médicos disponibles han permitido avanzar a la especialidad y aplicar como nunca las sólidas bases que la fisiología respiratoria tenía confinadas en los laboratorios de función pulmonar. La especialidad incorporó muy pronto a los compañeros de las UCI, y un buen ejemplo de ello es el cambio de rumbo que experimentó la *Revista Americana de Neumología*, que pasó de llamarse *American Review of Respiratory Disease* (ARRD) a *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* (AJRCCM). Es precisamente uno de sus editores más respetados de los últimos años (1999–2004), el médico irlandés afincado en Chicago, el Profesor Martin J. Tobin, quien en un artículo magnífico<sup>1</sup>, que debería ser de lectura y aprendizaje obligado para todos los neumólogos, y mucho más para los que están en periodo de formación, nos recuerda la importancia de aplicar adecuadamente los conocimientos de fisiología al tratamiento de estos pacientes infectados por el SARS-CoV-2.

La aplicación práctica de la «ecuación del gas alveolar ideal», con los aspectos tan bien descritos desde hace años de los efectos «cortocircuito» en la neumonía o «espacio muerto» en el tromboembolismo pulmonar, la necesidad de observar los signos del paciente y de saber interrogar sobre los síntomas, la interpretación de estos

detalles, muchas veces imperceptibles por una visión rápida del enfermo, con la aplicación de las leyes físicas correspondientes, y muy especialmente el recuerdo de que las 3 cosas más importantes en la medicina clínica son el diagnóstico, el diagnóstico y el diagnóstico, son aspectos que el artículo del profesor Tobin sitúa en el lugar adecuado en el contexto de esta pandemia.

Es en el marco de la discusión sobre el mejor lugar y el mejor momento para ingresar a estos pacientes cuando surge el «conflicto fronterizo» entre estos 2 compañeros de viaje, el neumólogo y el intensivista. Nadie discute la enorme importancia ni el destacado papel que han desempeñado las UCI en este endemoniado año 2020, que recordaremos. Pero dejen que libremos una batalla en favor de la neumología y de sus UCRI, que tanto esfuerzo ha costado alcanzar. Otros compañeros en España<sup>2</sup> o en otros lugares<sup>3,4</sup> se han encargado previamente de destacar sus posibilidades, muy especialmente en el ámbito de las «terapias de soporte ventilatorio no invasivo», siempre con las oportunas consideraciones previas. Creemos que es el momento de reivindicar con fuerza la necesidad de que tomen cuerpo estas unidades en los servicios de neumología de los grandes y medianos hospitales, dadas las enormes ventajas que representan y el avance en calidad y coste que pueden aportar<sup>5</sup>. Pensamos que una buena estrategia de aproximación para lograr el éxito podría ser algo como lo siguiente: 1) estar preparado, tanto teórica como prácticamente. Conocimientos y equipos, personal médico suficiente y soporte de enfermería con la ratio adecuada. Se trata de un esfuerzo elevado, por encima del habitual en los servicios clásicos y en las zonas convencionales de hospitalización o consultas externas. Las guardias se harán necesarias y la sustitución por vacaciones o descanso debe estar suficientemente prevista. Una unidad de este tipo no se improvisa ni debe intentarse únicamente con «voluntarismo». Es y será un trabajo duro; 2) contar con el apoyo de las direcciones médicas correspondientes y con la aceptación de las gerencias. Para ello deberán convencerse de la enorme importancia de disponer de estas unidades, por la mejoría que representan para los pacientes, tanto en términos de calidad como de supervivencia. Deberá contarse también con los necesarios estudios de rentabilidad económica y de eficiencia para que puedan sustentarse los equipos humanos y los equipamientos necesarios; y 3) finalmente, deberemos convencer a los responsables de las UCI de que no se trata de un territorio de confrontación, sino de colaboración. Todos, empezando por los pacientes, saldrán beneficiados del reparto de trabajo y de la cooperación en sacar adelante enfermos críticos, que podrán disponer de un territorio

intermedio antes de ser remitidos a rehabilitación o a una planta convencional.

Es el momento de reflexionar y de actuar. La neumología post COVID-19 debe salir reforzada, y una forma de hacerlo es con la exigencia de contar con estas unidades dedicadas a pacientes semi-críticos en sus plantas de hospitalización. Con el bien entendido de la importantísima labor ambulatoria y domiciliaria que pueden y deben desarrollar. Nos referimos a las enfermedades neuromusculares, a la ventilación en la EPOC y a otros procesos donde el papel del neumólogo con esta visión práctica de la fisiología respiratoria, y muy especialmente de la mecánica ventilatoria, ha logrado alcanzar. Vivimos momentos de cambio y de estos cambios debe salir un nuevo neumólogo para la época siguiente. Broncología intervencionista, enfermedad respiratoria durante el sueño, ecografía torácica, enfermedad vascular pulmonar y desde luego UCRI para el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda grave, sea por el virus actual o por los siguientes.

### Bibliografía

- Martin J, Tobin MJ. Why physiology is critical to the practice of medicine: A 40-year personal perspective. *Clin Chest Med.* 2019;40:243–57, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ccm.2019.02.012>.
- Lobato SD, Carratalá Perales M, Alonso M. ¿Podemos usar terapias respiratorias no invasivas en la pandemia COVID-19? *Med Clín (Barc).* 2020, <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2020.05.011>.
- McEney T, Gough C, Costello RW. COVID-19: Respiratory support outside the intensive care unit. *Lancet Respir Med.* 2020;8:538–9, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30176-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30176-4).
- Matthay MA, Aldrich JM, Gotts JE. Treatment for severe acute respiratory distress syndrome from COVID-19. *Lancet Respir Med.* 2020, [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30127-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30127-2).
- Heili-Frades S, Carballosa de Miguel MP, Naya Prieto A, Galdeano Lozano M, Mate García X, Mahillo Fernández I, et al. Análisis de costes y mortalidad de una unidad de cuidados intermedios respiratorios. ¿Podemos usar terapias respiratorias no invasivas en la pandemia COVID-19? *Arch Bronconeumol.* 2019;55:634–41, <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2019.06.0080300-2896>.

Pere Casan Clarà<sup>a</sup>,

Francisco Rodríguez Jerez<sup>b,\*</sup> y Cristina Martínez González<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Investigador emérito del Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias–ISPA. Profesor emérito honorífico de la Universidad de Oviedo, Oviedo, España

<sup>b</sup> Área del Pulmón, Servicio de Neumología, Hospital Universitario Central de Asturias. Facultad de Medicina de la Universidad de Oviedo. Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias–ISPA, Oviedo, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [fran1828@gmail.com](mailto:fran1828@gmail.com) (F. Rodríguez Jerez).