

Nuestra especialidad a lo largo de 25 años

R. Cornudella

Servicio de Aparato Respiratorio. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Unidad Docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Un azar meramente cronológico, la fecha de mi nacimiento, me ha permitido ser espectador privilegiado de la metamorfosis que ha experimentado nuestra especialidad en el decurso de los cuatro últimos decenios; la fisiología, en declive progresivo, ha ido cediendo el terreno, hasta su aniquilación, a la neumología, la cual se ha afianzado y perfilado como legítima alternativa, hasta alcanzar su actual punto de plena sazón.

Este relevo no ha sido fruto de la improvisación. A partir de los albores del siglo, una serie de descubrimientos empezaron a bosquejar la futura especialidad. Citaré algunos, sin afán exhaustivo. En los años veinte, la broncoscopia con Chevalier-Jackson y la broncografía con Sicard y Forestier; en los treinta, la angioneumografía con Lopo de Carvalho y la fotorradioscopia con Manuel de Abreu.

En lo que se refiere a la fisiología respiratoria, uno de los puntales de la nueva especialidad, a pesar de que su nacimiento es directamente tributario de las investigaciones de fisiólogos, físicos y químicos del siglo XIX, no ha sido sino en épocas recientes que ha entrado y adquirido carta de naturaleza en la práctica neumológica, con Anthony y Knipping, este creador de la ergoespirografía, en Alemania; Dautrebande en Bélgica; en Estados Unidos, Fehn, Rahn y Otis, investigadores de los fenómenos alvéolo-capilares, y Cournaud, codificador del cateterismo intracardíaco derecho; Mc Michael y Christie en el Reino Unido; Jacobaeus, creador de la broncospirografía, en Suecia; en Suiza, Jequier-Doge, Rossier, vulgarizador del método de análisis del anhídrido carbónico en sangre arterial y de la noción de ventilación alveolar y Fleish, diseñador del neumotacógrafo y del metabógrafo. Es durante la Segunda Guerra Mundial cuando se consolida la fisiopatología respiratoria a consecuencia de los problemas urgentes planteados por la cirugía, la anestesia-reanimación y la medicina aeronáutica.

La catastrófica epidemia de poliomielitis que azotó Dinamarca en 1952, con una altísima mortalidad en las formas espino-bulbares, fue el acicate para diseñar y perfeccionar los ventiladores mecánicos capaces de garantizar una asistencia respiratoria a largo plazo. Los excelentes resultados obtenidos estimularon la creación de unidades respiratorias que han sido capaces de salvar a muchos pacientes muy graves que de otra forma hubieran tenido pocas o nulas posibilidades de sobrevivir.

A pesar de que las primeras referencias al valor de la oxigenoterapia a largo plazo son de primeros de siglo (Haldane, 1915), la era moderna de la oxigenoterapia a domicilio a largo plazo empieza en Denver, con Neff y Petty, en 1970. Diez años más tarde aparecen los dos estudios, el del NOTT (*Nocturnal Oxygen Therapy Trial*) y el del BMC (*British Medical Council*) que sientan las bases definitivas, hasta el momento presente, de esta modalidad terapéutica de la limitación al flujo aéreo en fase de insuficiencia respiratoria crónica.

También en la década de los setenta aparecen las publicaciones que sientan las bases de la actual interpretación de la radiología de tórax. Cito, como autores cimeros, a Felson, Fraser y Pare, Heitzman y Simon. La lectura de una radiografía torácica es, en la actualidad, mucho más precisa, metódica y enriquecedora que antaño y aporta elementos preciosos a la senda del diagnóstico sindrómico y diferencial. Y no sólo la radiología convencional; nuevas técnicas de diagnóstico por la imagen, como la tomografía axial computarizada, la ecografía, la resonancia magnética nuclear, toman cada vez más carta de naturaleza irrenunciable entre los métodos diagnósticos al alcance del nuevo neumólogo.

La medicina nuclear aporta nuevos métodos a nuestro arsenal diagnóstico también en la década de los setenta: la gammagrafía con galio-67 ha contribuido al

incremento de nuestro caudal de conocimientos sobre la patología del intersticio del pulmón, que a su vez, es uno de los campos que se han incorporado recientemente, con toda su complejidad, al acervo de nuestras competencias. La gamagrafía de perfusión pulmonar con tecnecio-99, junto con la ya mentada angiografía de la arteria pulmonar, proporciona información cabal sobre el estado de la red vascular pulmonar y la de ventilación, utilizando el xenon-133, nos suministra datos precisos sobre la distribución y grado de homogeneidad de la ventilación pulmonar. La conjunción de ambas técnicas, así como la técnica de eliminación de gases inertes múltiples permite el cálculo de las distribuciones de las relaciones ventilación-perfusión.

La broncoscopia, iniciada por Chevalier-Jackson en las primeras décadas del siglo, se perfeccionó con la aparición de las ópticas telescópicas y la utilización de sistemas de transmisión de la luz por haces de fibras de vidrio a partir de una fuente de luz proximal (luz fría); suministró unas imágenes endoscópicas mucho más luminosas y precisas que antaño y permitió la fotografía y la filmación. Ikeda, en 1964, sentó las bases de la gran innovación de la endoscopia bronquial: la broncofibroscopia. A partir de 1970, el uso y la popularidad del nuevo instrumental endoscópico se ha extendido rápidamente hasta hacerse imprescindible en los servicios de neumología y relegar el clásico broncoscopio rígido a un segundo término. Nuevas técnicas diagnósticas han adquirido, a su sombra, carta de naturaleza: el lavado broncoalveolar, que ha incrementado considerablemente nuestro caudal de conocimientos sobre la patología intersticial pulmonar, la biopsia pulmonar transbronquial, y el cepillado telescópico protegido de gran valor en el diagnóstico de las infecciones pulmonares en enfermos inmunocomprometidos.

Los avances de la inmunología, de la genética o de la fisiología molecular han abierto caminos a la comprensión al diagnóstico y al tratamiento de entidades nosológicas no conocidas o no comprendidas 5 lustros atrás.

La limitación crónica al flujo aéreo o enfermedad pulmonar obstructiva crónica ocupa, en el momento presente, por su repercusión epidemiológica y social, sin lugar a dudas uno de los papeles protagonistas en neumología. A partir de los trabajos del Simposio Ciba (1958), del Comité de Expertos de la OMS (1961), de los simposios sobre bronquitis de Groningen (1961, 64, 70) y de la American Thoracic Society (1962), la progresión de la profundización en la comprensión de los mecanismos etiopatogénicos, en el enfoque clínico y en el perfeccionamiento de las estrategias preventivas, terapéuticas y paliativas ha sido incesante. Su manejo desborda el ámbito estrictamente médico y hace perentorio un planteamiento multi o interdisciplinario en el que se involucra una constelación de trabajadores de la salud. Quedan aún aspectos mal o poco comprendidos y el tema sigue siendo de actualidad y ocupando un puesto protagonista en los debates de los congresos neumológicos internacionales.

También a partir de la década de los setenta, la reeducación y la rehabilitación respiratorias ocupan un lugar importante entre los medios terapéuticos neumológicos. Desde hace unos años se asiste a una apertura conceptual en el campo de las neumopatías crónicas generadoras de insuficiencia respiratoria. La reeducación respiratoria en sentido estricto se ha integrado en un concepto más amplio, el de rehabilitación o readaptación respiratoria o de asistencia al respiratorio crónico. A las técnicas fisioterapéuticas manuales propias de la reeducación respiratoria se han añadido métodos considerados como de apoyo o sustitución (oxigenoterapia y asistencia ventilatoria mecánica a domicilio) y el reentrenamiento o readaptación al ejercicio, con la finalidad de lograr que el paciente pueda efectuar esfuerzos compatibles con la vida cotidiana, a la vez que se han desarrollado los aspectos sociales y psicológicos: el objetivo final es el de mejorar su calidad de vida y el de procurar la reinserción del sujeto a una vida cotidiana activa en la medida que lo permita su grado de handicap respiratorio. Se puede considerar la rehabilitación respiratoria como un conjunto de medidas médicas, fisioterápicas, educativas y socioprofesionales cuya finalidad es, o asegurar o restituir al paciente una función respiratoria tan completa como sea posible, o la de paliar el déficit por medios físicos, de apoyo social, de enfermería y médico a fin de proporcionarle una autonomía conveniente y, eventualmente, posibilitarle una existencia fructífera.

Aunque nuestro conocimiento sobre el papel que desempeña el sueño en los estados de salud y de enfermedad se ha desarrollado y consolidado en las dos últimas décadas (simposios de Bolonia, 1972; de California, 1978 y de Sydney, 1980), las primeras referencias sobre la asociación de sueño, somnolencia diurna y enfermedad se remontan al siglo IV a.C., en que Eliano realiza la primera descripción conocida de un síndrome de apnea durante el sueño en el obeso Dionisio de Heraclea. En la primera mitad del siglo XIX cabe citar las descripciones de William Wald en "Cursory remarks on corpulence: or obesity considered as a disease: with a critical examination of ancient and modern opinions relative to its cause and cure" y de Charles Dickens en su novela "The posthumous papers of the Pickwick Club", pero hay que esperar hasta la década de los sesenta de nuestro siglo en que aparecen los trabajos de Bülow sobre la respiración durante el sueño en individuos sanos y los de los grupos de Gastant en Francia y de Jung en Alemania referidos a la relación entre el síndrome de hipersomnia y obesidad y las alteraciones de la respiración durante el sueño para que tome carta de naturaleza el síndrome de apnea durante el sueño tal como es conocido en la actualidad.

La patología infecciosa respiratoria ha experimentado, a su vez, aportaciones en los últimos años. En 1979 se aísla la *Legionella pneumophila* y, en tiempos aún más próximos, explota la pandemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, se descubre el virus productor y empiezan a describirse sus múltiples com-

plicaciones pulmonares por bacterias oportunistas, por hongos, por virus y por protozoarios.

Las innovaciones tecnológicas y los avances de la industria han enriquecido -dicho sea sin ironía- la patología de las vías aéreas inferiores y del pulmón. Asmas profesionales, ciertas alveolitis alérgicas extrínsecas, el pulmón de los acondicionadores de aire, etc., son sólo una pequeña muestra confirmativa de nuestra aserción.

De ningún modo pretendo ser exhaustivo en mi meditación ni desgranar todos los campos de avance y de innovación de nuestra especialidad. El intento hubiera sido quimérico para mí y, verosímelmente, indigerible para el lector. A sabiendas, pues, dejo en el silencio, no en el olvido, multitud de facetas.

No puedo cerrar mi divagación a lo largo y a lo ancho de los últimos 25 años de neumología sin referirme someramente a lo sucedido con ella en España.

Tengo la impresión que el punto álgido de la metamorfosis de la fisiología en neumología a nivel mundial puede situarse en los aledaños de 1970. El giro definitivo de la vieja especialidad hacia la nueva en España puede ser situado en estas mismas fechas. A mi modo de ver, la puesta de largo oficial de la nueva era neumológica española tiene una fecha de inicio y una ubicación geográfica muy concretas, 1965 y Pamplona. Consulte el lector curioso de los avatares de nuestra historia las actas de la X Reunión Nacional de la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios y verá desfilar al completo la pléyade de nuestros esforzados e ilusionados pioneros y buena parte de los tópicos que componen el almacén de la nueva especialidad.

No me resisto a dejar sin mención una serie de entrañables simposios organizados por el Director del Sanatorio-Hospital de Enfermedades del Tórax de La Magdalena en Castellón de la Plana, que contribuyeron no tan sólo a consolidar la puesta de largo de 1965 sino que también, y tal vez sea más importante, a cohesionar el grupo de pioneros provenientes de todos

los puntos cardinales de España. Enumero por orden alfabético las procedencias: Barcelona, Bilbao, Castellón de la Plana, Jaén, Madrid, Palma de Mallorca, Pamplona, Sevilla, Valencia y Zaragoza. Y cito con orgullo de copartícipe las fechas y las temáticas: 1967, "Tratamiento y rehabilitación de la insuficiencia respiratoria crónica" y 1968 y 1972 "Bronquitis crónica".

A partir de estas fechas, nuestra neumología no ha hecho más que desarrollarse, fortalecerse y adquirir proyección internacional. Cada vez es más enjundiosa la temática de las comunicaciones presentadas en los congresos nacionales de la SEPAR, cada vez son más frecuentes las publicaciones de nuestros neumólogos en revistas situadas en los primeros puestos en la clasificación del *impact factor*, de vez en vez son más numerosas las comunicaciones de autores que laboran en "la piel de toro" en los congresos internacionales de la especialidad.

Es mi sentir que aquellos fisiólogos en ciernes que apostamos por la opción neumología en nuestras mocedades, cuando el panorama era oscuro y repleto de interrogantes, acertamos plenamente. La realidad presente nos da la razón. ¡Loado sea Dios!

Agradecimiento

Quiero hacer constar mi reconocimiento a cuantos copioneros me enardecieron y ayudaron a apuntalar mi fe en la neumología y mi agradecimiento enternecido a aquellos que fueron nuestros copartícipes y gozan ya de la Paz; de entre ellos, explico mi recuerdo a mis entrañables Antonio Duplá, Paco Martí-Lleonart y Ma. Dolors Massana, fisioterapeuta: anhelo discutir, asentir y disentir con ellos en el más allá.

Agradezco a la Srta. Nuria Martínez su inagotable paciencia para conmigo, su mirada comprensiva y su devoción en la tarea de mecanografiar y retocar una y otra vez el manuscrito.