

Residencias de Neumología en República Dominicana

Pulmonology Residencies in the Dominican Republic

Amaury Rancier

Sociedad Dominicana de Neumología y Cirugía del Tórax. Santo Domingo, República Dominicana.

ORCID: 0009-0009-7167-177X, Correo-e: amaury.rancier@gmail.com

Resumen

En República Dominicana, desde 1984, existe la Residencia de Neumología del Hospital Salvador Bienvenido Gautier, de la cual han egresado más de 160 neumólogos; la filosofía que ha primado reza que “neumólogo que no sabe de tuberculosis no es neumólogo”. Últimamente ha surgido la tendencia de ligar la Medicina Crítica con la Neumología, y en este artículo se señala que eso es opcional y se explican las razones.

Palabras clave: neumología; medicina crítica; residencias de Neumología.

Abstract

In the Dominican Republic since 1984 there has been a Pneumology Residency at the Salvador Bienvenido Gautier Hospital, from which more than 160 pneumologists have graduated; the philosophy that has prevailed is that “a pneumologist who does not know about tuberculosis is not a pneumologist”. Lately there has been a tendency to link Critical Care Medicine with Pneumology and this article points out that this is optional and explains the reasons.

Keywords: Pneumology; Critical Care Medicine; Pneumology Residencies.



Neumos

Vol. 32, No. 1

Enero-junio, 2024

Doi: <https://doi.org/10.63675/x9dxmz18>

Recibido: 11/2/2024

Aprobado: 16/3/2024

ISSN (Impreso): 3060-9879

ISSN (En línea): 3060-9887

Revista.sdnct.com.do

Cómo citar

Rancier A. Residencias de Neumología en República Dominicana. *Neumos*. 2024;32(1):89-94.

Disponible en: <https://doi.org/10.63675/x9dxmz18>

Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0



Introducción

En meses pasados, a instancias de la Sociedad Dominicana de Neumología y Cirugía de Tórax, SDNCT, se efectuó un encuentro entre las diferentes Residencias de Neumología que actualmente operan en el país, tanto de adultos como de pacientes pediátricos¹.

Durante el encuentro, se suscitó un debate con relación a qué tipo de aproximación con el paciente neumópata se debe tener en nuestro país, ya que, en el Hospital Dr. Salvador B Gautier, desde julio del 1984, surgió la única Residencia de Neumología que existía hasta hace poco, creada bajo la tutela del departamento de Neumología de entonces, y al cual se le reconoció la franquicia, habidas cuentas de que otro servicio, el llamado Servicio de Cardiopulmonar, le disputaba la misma².

En el encuentro que aludimos arriba, el debate que surgió tiene mucho parecido al que se presentó en aquella ocasión hace 40 años en el Hospital Gautier, como vamos a ver más abajo.

Antecedentes históricos

Cuando quien escribe estas líneas llegó al Hospital Salvador B Gautier, el 12 de julio de 1984, no tenía idea siquiera de la fiera, pero soterrada lucha que se libraba entre ambos Servicios, que se disputaban por adquirir el reconocimiento de la entonces Gerencia de los Hospitales del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, IDSS.

El Servicio de Neumología, con el apoyo del departamento de Enseñanzas del Hospital, reclamaba la franquicia, por decirlo así, de la Residencia de Neumología que estaba por surgir. Y no dejaba de tener razón. El Hospital Gautier, como era conocido por todo el mundo, disponía de amplias salas para manejar los pacientes neumópatas por una sencilla y contundente circunstancia: los pacientes

tuberculosos en un país que tenía entonces el dudoso honor de presentar una tasa de 80 o más casos de tuberculosis por 100 mil habitantes, muchos de los cuales eran precisamente de la clase trabajadora, razón de existir el Instituto Dominicano de Seguros Sociales, IDSS. De modo que este necesitaba de ese espacio para sus pacientes³.

Por su parte, el Servicio de Cardiopulmonar, un híbrido que no sabemos cuándo ni porque surgió en este hospital, solo disponía de unas cuantas salas, más de paciente cardiópata que neumópatas, aunque de estos últimos, sí que los tenía asmáticos, obstructivos crónicos, con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, EPOC, tipo enfisema o bronquitis crónica, neumonías bacterianas, etc.

Eran dos servicios o departamentos, como se conocían, claramente separados. Y no solo eso, en realidad había incluso una división del Servicio de Tisiología para el manejo de los pacientes tuberculosos y el Servicio de Neumología para el manejo de los pacientes neumópatas no tuberculosos. Hasta esa monstruosidad, esa discriminación, existía en el entonces flamante Hospital Gautier.

Los llamados postgrados o residencias en las diversas especialidades de las escuelas de medicina de nuestro país han tenido en el Hospital Salvador B Gautier un auténtica cantera en su aparición³. Ahí existen especialidades tanto clínicas como quirúrgicas que no tiene ningún otro hospital de nuestro país. Y en él nació, como decimos arriba, la cantera de nuevas residencias que han proliferado con el paso de los años en otros hospitales, tanto clínicos como quirúrgicos, pediátricos y de adultos.

Con excepción de las áreas de pediatría, pues es un Hospital de adultos, y de obstetricia, que no de ginecología, en el Hospital Salvador B Gautier existen todos los servicios clínicos y quirúrgicos para brindar atenciones

de calidad a los pacientes que al mismo van en procura de servicios médicos.

Las residencias en las distintas especialidades surgieron precisamente por el tipo de servicios que era necesario brindar a una cantidad amplia y diversa de pacientes que acudían al hospital, con una diferencia muy importante con los otros centros que en la red de Salud Pública se tienen en todo el país: el Hospital Gautier surgió en la era de Trujillo, en los años 50 del siglo pasado, y fue con la intención expresa del dictador de que fuera un hospital con diferencias muy importantes a los hospitales públicos, en calidad y eficiencia³.

La Residencia de Neumología fue la primera que en esa especialidad surgió en el país. Abrió la oportunidad de que todo médico dominicano que aspirara a ser neumólogo, y que por esa razón tuviese que emigrar a otros países, encontrara aquí el espacio de una formación en calidad, de la misma altura de sus pares que venían del exterior.

Desde entonces, julio de 1984, del Hospital Gautier han egresado más de 160 neumólogos, quienes constituyen las dos terceras partes de la membresía de la Sociedad Dominicana de Neumología, mucho más de la mitad.

La filosofía que ha primado, por decirlo así, es la de ver al neumólogo como un especialista en Medicina Interna que, luego de ser internista, hace una subespecialidad en Neumología.

Para el Congreso que efectuó la Asociación Latinoamericana del Tórax, ALAT, hace un año aquí en República Dominicana, a quien suscribe, se le encomendó la tarea de exponer sobre las Residencias de Neumología en nuestro país, en el marco de nuestra trayectoria de 39 años formando neumólogos⁴. Que *a posteriori* hayan surgido otras residencias, tanto de Pediatría como de Medicina Crítica con énfasis en Neumología, en modo alguno

demerita a la Residencia del Hospital Gautier, no solo en ser la precursora en este campo de la medicina, sino también en la de adoptar el concepto de “neumólogo que no sabe de tuberculosis, no es neumólogo”, en especial, considerando la importante migración procedente de Haití y que de manera sostenida recibe República Dominicana. Además, es sabido por todos que la Medicina Crítica es una especialidad aparte⁵, surgida en EE. UU. en los años 60 del siglo pasado y cuyo principal ideólogo fue el Dr. Martin Tobin, quien ha publicado artículos en esta mismas páginas de *Neumos*, y en los cuales se abunda al respecto, reconociendo que la Residencia en Medicina Crítica y Neumología es un híbrido *made in USA*⁶.

Medicina Crítica y Neumología

La especialidad en Medicina Crítica se basa en el concepto de Vía Final Común, vale decir, la antesala a la cual todo paciente en estado crítico está en peligro de una muerte inminente. Son cuatro las causas: 1- Insuficiencia cardiocirculatoria (Infarto del miocardio, shock o colapso circulatorio, insuficiencia cardíaca, etc.). 2- Insuficiencia respiratoria. 3- Insuficiencia renal (anuria, retención de metabolitos, azoados, etc.). Y 4- Paciente en estado de coma de cualquier etiología (neurológico, traumático, etc.)⁷.

Es obvio que se excluyen pacientes en estado terminal debido a una condición incurable, es decir, un cáncer en estadio terminal, por ejemplo.

De modo que Medicina Crítica es una especialidad aparte, con personería propia, y a los fines, hago mía la definición que se presenta en un excelente libro de autores mexicanos: “La Medicina Crítica constituye una rama bien definida de la medicina y tiene por objetivos principales la prevención,

diagnóstico y tratamiento de los estados fisiopatológicos que ponen la vida en peligro inmediato”⁸ —‘Más claro de ahí... ni el agua’, como dice un conocido refrán—. Al respecto, Sierra et al. aclaran en su prólogo que “su campo de acción no se limita a las unidades de terapia intensiva, sino que ha demostrado ser de notable utilidad en cualquier lugar de hospital donde se atienda a enfermos graves: servicios de urgencias, recuperación post operatoria, unidades de cuidados intermedios y, recientemente, en áreas que atienden al enfermo crónico crítico”⁸.

Créanme si les digo que nuestra intención no es contradecir ni demeritar la labor que los neumólogos-intensivista que, con una óptica *made in USA* —como acoté—, se están formando y ejerciendo en nuestro país.

Como señalo al inicio de este artículo, todo este escaqueo nació hace nada menos que 40 años en el Hospital Gautier, cuando el ser tisiólogo era punto menos que ser un enfermero, un autodidacta, que no merecía el honor de ser tenido como neumólogo.

Es de rigor relatar aquí una anécdota hasta risible, que al llegar al Hospital Gautier a quien escribe este artículo se le refirió: a todos los médicos del departamento Cardiopulmonar se les conocía en el Servicio de Neumología con el mote de ‘*los anaerobios*’. Y es que para cobrar el sueldo mensual todo el personal del Hospital debía pasar por donde estaba la consulta de Neumología, debido a que Administración colindaba con la consulta externa del Servicio, donde inexorablemente consultaban también los pacientes tuberculosos. Lo de *anaerobio* viene de que paraban la respiración al pasar por Neumología⁹.

Justo es reconocer que parar la respiración, al cruzar por ahí, era la tónica de todos los que transitaban por el área, no solo los del Servicio de Cardiopulmonar.

Conclusión

Lo que nos ha motivado en escribir estas líneas nace de las premisas señaladas arriba. No es menester abundar más al respecto, y las resumo para concluir en lo siguiente:

1. Las Residencias o posgrados en Neumología en países como el nuestro nacen de lo que en Europa y en el mismo Estados Unidos determinó la aparición de estas: la siniestra peste blanca, como en el pasado siglo se conoció a la tuberculosis¹⁰.

Quizá muchos de los que nos leen alcanzaron a ver en meses pasados la serie televisiva titulada *Le Charité*, inspirada en el Hospital que con el mismo nombre se conoció en el Berlín de los años 80 del siglo XIX, y que albergó a lo más ilustre de la medicina alemana, famosa por los médicos que ahí ejercían, como Rudolf Virchow, Robert Koch, Paul Ehrlich, Hermann von Helmholtz y todo un personal que aportó lo más avanzado de la ciencia médica de entonces.

La grandeza de Koch, al pronunciar el 24 de marzo de 1882 su ‘Conferencia sobre la etiología de la tuberculosis’ ante esos personajes, ya la hemos relatado en otros escenarios y otros escritos: el descubrimiento de la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. Al terminar su exposición, todos se volvieron hacia Virchow —una especie de vaca sagrada—, que precisamente cuestionaba lo que Koch sostenía; para él la tuberculosis tenía una etiología hereditaria. Todos estaban atónitos ante lo que Koch divulgó con una maestría impecable, incluido el mismo Virchow, quien no dijo nada, simplemente se puso de pie y abandonó el salón lleno de vergüenza¹¹.

2. El Dr. Martin Tobin externó su criterio en dos artículos que fueron publicados

en *Neumos* hace tres años, a raíz de una controversia que al respecto sostuvimos con colegas formados en EE. UU.¹².

Martin Tobin era nada menos que editoria- lista del órgano de la Sociedad Americana del Tórax, ATS, el *American Review of Respiratory Disease*, que con el paso del tiempo cambió su nombre al de *American Journal of Critical Care and Respiratory Disease*. En un primer artículo, Tobin se preguntaba si la Medicina Pulmonar y de Cuidados Críticos era un híbrido particularmente estadounidense. Ese artículo lo publicó en la revista *Thorax*⁵, en el año 1999. Más tarde, en el 2000, abundó al respecto, ya como editorialista de la ATS, en una serie de artículos que en dicho órgano se agruparon precisamente con el nombre de *Actualización en Cuidados Intensivos No Pulmonares*⁶.

Remitimos a los interesados al número de *Neumos*¹² que acogió ambos escritos y que están a disposición de todos en mi consultorio, pero también en las biblio-otecas en la que en esa época distribuíamos la revista, específicamente la Biblioteca Nacional, la Biblioteca del Colegio Médico Dominicano y en la Biblioteca de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

3. Quien escribe estas líneas hace varios años que no está en el Hospital Gautier. Estoy jubilado, y aunque por un tiempo continué asistiendo al Hospital, desde hace ya unos años dejé de hacerlo, habidas cuentas de que, como dice un refrán: '*los años pasan y pesan*'. Además, los compromisos en otras áreas no se han hecho esperar. Son muchos y variados.

Nos hemos animado en escribir estas líneas por lo que decimos al principio de este artículo. Es sencillamente absurdo enca- jonar una rama tan amplia de las Ciencias

Médicas como es la Neumología a los casos que precisamente por su estado *in extremis*, están en la antesala de una muerte inminente.

La Neumología es otra cosa. Solamente con entidades como el cáncer de pulmón, cuya principal causa es el tabaquismo, y que es una enfermedad crónica, lo mismo que lo son el enfisema y la bronquitis crónica, ambas agrupadas con las siglas de EPOC, entiéndase Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, tan crónicas como lo es la propia tubercu-losis, o incluso el asma, bastan para entender que una cosa es Medicina Crítica y otra muy diferente lo es la Neumología.

El tabaquismo es responsable de más de 8 millones de muertes al año¹³, la mitad de los cuales son pacientes con EPOC. Agréguese ahí otro millón más que muere por cáncer de pulmón. Son pacientes crónicos y es con ese tipo de pacientes con los que tenemos que lidiar día tras día, no con los que son mane- jados por los intensivistas.

De hecho, aquí en nuestro país existe una Asociación de Médicos Intensivistas desde hace muchos años, así como existe nuestra Sociedad de Neumología o la Sociedad de Cardiología, u otras Sociedades especializadas. Y muchos de esos intensivistas no son neumó- logos. Son cardiólogos, o sencillamente inten- sivistas, especializados en Medicina Crítica, exactamente igual a como se señala arriba que ocurre en México y otros países, incluidos el propio Estados Unidos.

'*Zapatero a sus zapatos*'. Ese híbrido *made in USA*, como el mismo Dr. Tobin lo bautizó, déjenselos a los estadounidenses. El pulmón de shock, o pulmón de Vietnam, o pulmón de Da-Nang, como se le denominó al principio, es un edema de pulmón no cardiógeno, y fue el pivote, el gatillo que precipitó esa especialidad *made in USA*. Nuestros problemas son otros y muy diferentes. Medicina Crítica es una cosa. Neumología es otra.

Referencias bibliográficas

1. Sociedad Dominicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Presente y Futuro de la Formación en Competencias en Neumología en la República Dominicana. Santo Domingo, 30 de abril del 2024.
2. Rancier A. Editorial: El Posgrado de Neumología del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, IDSS. *Neumos*. 1985; 3(3-4):7.
3. Caracciolo Vargas G. Medio Siglo en el Seguro Social Dominicano. Santo Domingo: Editora Manatí; 2005.
4. Asociación Latinoamericana del Torax, ALAT. Simposio FOLASOR II: Capacidades de Formación de Especialistas en Neumología y Cirugía del Tórax en Latinoamérica: 16to Congreso de Asociación Latinoamericana del Torax, ALAT. Punta Cana, República Dominicana; agosto 2023.
5. Tobin MJ, Hines E. Pulmonary and critical care medicine: a peculiarly American hybrid? *Thorax*. 1999;54(4):286-7. doi: 10.1136/thx.54.4.286.
6. Tobin MJ. Editorial. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 161;(4):1069-2000.
7. Shapiro BA, Harrison R, Trout CA. *Clinical Application of Respiratory Care*. Year Book Medical Publishers; 1975.
8. Sierra A, Martínez R, Cerón U, Nando C. *Terapéutica en Medicina Crítica* (1era edición). Universidad Nacional Autónoma de México, UNAM: Mc Graw Hill; 2020.
9. Fernández Coste JM. Comunicación personal del jefe de Neumología del HSBG.
10. Bignall JR. Fracaso en el Control de la Tuberculosis: Un Punto de Vista Personal. *Boletín de la Unión Internacional Contra la Tuberculosis*. 1982;57:(2):123-6.
11. Sakula A. *Boletín de la Unión Internacional contra la Tuberculosis*. 1982;57(2):109-16.
12. Tobin MJ. *Medicina Pulmonar y de Cuidados Intensivos: ¿Un Híbrido Peculiarmente Estadounidense?*: *Neumos*. 2021; 29(1):60-4.
13. Organización Mundial de la Salud: *Hechos Claves Sobre Epidemia del Tabaquismo*; 2023.