



Inmunología

www.elsevier.es/inmunologia



Panorama

Importancia de la actividad asistencial de Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes para el futuro de la especialidad de Inmunología

Importance of Clinical Immunology in Direct Patient Health Care Activities for the future of the Immunology specialty

Javier Carbone

Unidad de Inmunología Clínica, Servicio de Inmunología Clínica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Inmunología Clínica en la troncalidad, sostenibilidad y planes estratégicos

Como se sabe, la especialidad de Inmunología está actualmente incluida en el tronco de laboratorio, lo que conlleva importantes riesgos para su futuro. Esta incertidumbre se ha potenciado recientemente con la situación de los laboratorios de Inmunología en la Comunidad de Madrid (CAM) donde se nos anuncia la necesidad de concentración de los laboratorios entre otras medidas. Para añadir complejidad estamos pendientes de elaborar un plan estratégico para nuestra especialidad en la CAM. En tiempos de crisis económica coinciden 3 situaciones que impactarán profundamente en el futuro de nuestra especialidad.

Para los que desarrollamos una actividad asistencial de Inmunología Clínica con Asistencia Directa al Paciente (*a la cabecera del enfermo*) nos preocupa que este tipo de actividad quede excluida de la etapa inicial de formación de la especialidad al no tener cabida un itinerario formativo compatible durante los 2 años de troncalidad. Nos preocupa que alcancemos el consenso necesario para que esta actividad quede claramente visible en el plan estratégico de la CAM. Nos preocupa que se tome conciencia de que esta actividad es un elemento estratégico y troncal para la sostenibilidad de la especialidad en el futuro y para la adecuada cobertura de enfermedades de base inmunológica en el SNS.

De entrada hay que ser conscientes de que uno de los aspectos que más se limitará en el futuro en la situación irreversible en la

que actualmente está enmarcada la especialidad en el R.D. de troncalidad es la formación en Inmunología Clínica que capacite para la asistencia directa a pacientes.

Como médico inmunólogo que atiende pacientes me preocupa que no seamos capaces de preservar el itinerario formativo en Inmunología Clínica, no solo en la etapa troncal, sino también en las posteriores. El potente expediente de alegaciones presentado en el Ministerio el año pasado que solicitaba un doble itinerario formativo para el periodo troncal de nuestra especialidad (médico y de laboratorio) no ha servido para conseguir modificar la actual situación de la Inmunología en el R.D. de troncalidad.

En el marco de la situación actual generada en nuestra Comunidad con el llamado plan de medidas de garantía de la sostenibilidad del sistema sanitario público nos podemos preguntar cuál puede ser el valor añadido de tener implementadas en todos los hospitales madrileños unidades clínicas potentes que desarrollan una actividad asistencial de Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes.

Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes: una realidad

La Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes ha surgido naturalmente en los últimos años como una actividad asistencial dentro de varios servicios de Inmunología en toda España. Es una realidad que no se puede cuestionar. La

Inmunología se ha proyectado hacia la asistencia directa al paciente.

Nadie puede dudar que la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes pueda aportar importantes avances en el manejo de las enfermedades de base inmunológica. Hablamos de inmunólogos médicos que han adquirido capacitación para atender pacientes en consultas especializadas, en plantas de hospitalización o en hospitales de día, haciendo actividad médica de diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades de base inmunológica.

En la CAM esta actividad altamente especializada ejercida desde los servicios de Inmunología se ha concentrado históricamente en 2 centros: el Hospital La Paz para el manejo de inmunodeficiencias primarias y el Hospital Gregorio Marañón que da una cobertura más amplia a distintos tipos de enfermedades de base inmunológica. Más recientemente otros hospitales han implementado una actividad asistencial de Consulta de Inmunología como es el caso del Hospital Ramón y Cajal.

Nuestra experiencia nos lleva a afirmar que la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes es una actividad necesaria en hospitales de alto nivel de complejidad. En los centros más avanzados en su implementación efectiva puede ser considerada una actividad compleja de alta especialización. Además, incluye enfermedades y procedimientos que incluso podrían reunir algunas características de centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud (CSUR).

En nuestro servicio, la Inmunología de Laboratorio Diagnóstico y la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes funcionan simultáneamente desde hace casi 20 años. Cada una tiene competencias y estructuras bien diferenciadas que se coordinan desde el mismo servicio e interaccionan permanentemente, potenciándose, complementándose. La existencia de ambas ha posicionado muy bien al servicio dentro del hospital. Para su funcionamiento es necesario que ambas estructuras estén simultáneamente en el mismo centro. Se ha desarrollado una actividad de formación en Inmunología Clínica para residentes y adjuntos procedentes de Madrid, otras comunidades autónomas y del extranjero.

Una mayor demanda de atención clínica supone mayor demanda de solicitudes de pruebas de laboratorio específicas. Y no solo se genera demanda de pruebas especializadas para el laboratorio de Inmunología del hospital, sino para laboratorios de Inmunología de referencia dentro y fuera de la CAM. Un porcentaje importante de pruebas altamente específicas para el diagnóstico de enfermedades de base inmunológica solo se piden desde las unidades clínicas de Inmunología. Además, es una garantía de uso racional de los recursos diagnósticos disponibles debido al mejor conocimiento que se tiene de la fase preanalítica del Laboratorio Diagnóstico de Inmunología, incluyendo la correcta indicación de cada parámetro, cuáles son útiles para el diagnóstico o cuáles para la monitorización, etc.

La Unidad de Inmunología Clínica implementada dentro de los organigramas del hospital no se diferencia de ninguna otra unidad clínica del hospital. Es un usuario más del laboratorio de Inmunología. Sin embargo, al tratarse de inmunólogos del mismo servicio y por su formación en la especialidad, el grado de interacción interno de clínica a laboratorio y de

laboratorio a clínica (traslación) es mucho más espontáneo, fácil y eficaz.

Por ello, los inmunólogos clínicos que atienden directamente a pacientes están en condiciones ideales para abrir nuevas fronteras de estudio de inmunodeficiencias, síndromes autoinflamatorios o nuevas vías de monitorización y tratamiento en trasplantes, por ejemplo. Se combina en este caso el conocimiento de un sistema muy complejo (ningún otro especialista adquiere conocimiento suficiente durante su formación para conocerlo como en nuestra especialidad) con el acto médico que permite la aplicación directa de este conocimiento para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes.

La demanda asistencial es real

Las carencias de la cobertura asistencial son muchas en nuestro campo. Un porcentaje importante de estas enfermedades son atendidas por otros especialistas *pero no todas; hay muchos ejemplos de enfermedad no cubierta*. Desde la experiencia en nuestro hospital, en el que convivimos con prácticamente todas las especialidades médicas que existen, podemos afirmar que cualquier médico inmunólogo capacitado adecuadamente que lo quiera y pueda hacer encontraría con cierta facilidad enfermedades de base inmunológica que tratar en su centro que no están siendo cubiertas por otro especialista. Esto incluye la sospecha diagnóstica de nuevas enfermedades de base inmunológica y la administración de tratamientos que otros especialistas no utilizan.

En nuestra Unidad Clínica de Inmunología recibimos solicitudes de canalización para la atención de pacientes procedentes de otras áreas asistenciales de Madrid y comunidades autónomas. Aunque no lo sea, funciona como si fuera un CSUR. Por ello, consideramos que la implementación de estas unidades es una posibilidad real de expansión de los servicios de Inmunología en los hospitales que no las tienen. Nadie puede cuestionar, por ejemplo, que un médico inmunólogo capacitado para ello puede hacerse cargo del diagnóstico y de la terapia de sustitución con inmunoglobulinas en pacientes con inmunodeficiencias primarias y secundarias de anticuerpos (módulo básico de una unidad clínica de Inmunología).

Debe recordarse, además, la existencia de las 2 carteras consensuadas de servicios, clínica asistencial y de laboratorio, integradas en un servicio único y que corresponden a la Unidad de Inmunología Clínica y al Laboratorio Diagnóstico, respectivamente. En nuestro hospital contamos con códigos específicos funcionales correspondientes a una Consulta de Inmunología Clínica, Hospital de Día de Terapias Biológicas, actividad de interconsultas y hospitalización reconocidos en la estructura funcional del hospital.

La Inmunología Clínica de Asistencia Directa a Pacientes puede llevar a una ampliación real de posibilidades laborales para los médicos y también para los no médicos al ampliarse el campo de actuación de la especialidad. Los residentes formados en Inmunología Clínica pueden encontrar salidas laborales en puestos de trabajo que buscan el perfil de inmunólogo clínico con experiencia asistencial clínica directa.

¿Mayor garantía de continuidad en los hospitales para los actuales servicios de Inmunología?

¿Será posible que los servicios de Inmunología que tengan implementadas unidades asistenciales clínicas tengan una razón adicional para seguir vinculados a hospitales en el futuro? Si la especialidad pretende mantener y justificar su perfil individualizado, ¿lo óptimo no sería ver cómo aumentar la competitividad de la Inmunología frente a las otras especialidades de laboratorio del tronco? ¿Por qué no se reconoce que la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes puede ser un elemento diferenciador? ¿Y qué justificación para crear una unidad clínica podrá tener un servicio en el futuro si ya no existe un itinerario formativo en Inmunología Clínica o si no ubicamos claramente en el plan estratégico esta actividad asistencial?

Continuidad de las unidades clínicas existentes dentro de los servicios de Inmunología

Como se ha dicho, varios servicios de Inmunología reconocen en la actualidad desarrollar algún tipo de actividad clínica bien diferenciada. ¿Cómo podremos seguir formando inmunólogos clínicos si esta actividad queda fuera de nuestros programas formativos? ¿Quién daría continuidad a esta actividad si el perfil se extingue con la Inmunología en el tronco de laboratorio tal como está en estos momentos?

Donde la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes se ha implantado se ha generado una demanda asistencial en gran parte *de novo*. Esta demanda quedaría descubierta si no hay continuidad en el futuro dentro de la Inmunología y habría que canalizarla hacia otras especialidades. Debe reconocerse que cualquier negación u obstrucción al desarrollo de la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes supone un riesgo de desprotección de un colectivo creciente de pacientes que en última instancia debieran ser nuestra principal motivación.

Fuente de financiación para la investigación

La Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes es también un valor añadido para el desarrollo de líneas de investigación traslacional. Así, por ejemplo, el diseño y la puesta en marcha de ensayos clínicos por parte de inmunólogos es más factible cuando se tiene una actividad clínica directa. Muchos marcadores que se investigan tendrían más posibilidad de traslación a práctica clínica si dicha investigación contase con inmunólogos atendiendo a los pacientes o interaccionando con otros especialistas a la cabecera del enfermo. Solo los servicios con unidades clínicas tienen la ventaja de poder plantear directamente la realización de proyectos de investigación de enfermedades de base inmunológica de los pacientes que están tratando directamente. Mayormente dependemos de la colaboración con unidades clínicas externas con las que hemos colaborado muy bien históricamente pero no siempre es fácil o bien reconocida nuestra

participación en el desarrollo de las distintas etapas de un proyecto de investigación. Un brazo clínico fuerte dentro de la especialidad puede potenciar la investigación y abrir nuevas vías de financiación que priman la traslación directa del dato.

Potenciación de la investigación básica

La Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes es una importante fuente de financiación para la investigación en algunos hospitales. Ello puede suponer una fuente adicional de financiación para la investigación básica íntimamente ligada a la investigación en Inmunología Clínica. En términos generales, el médico inmunólogo que hace una actividad clínica directa con pacientes utiliza principalmente pruebas de los catálogos de laboratorio de inmunología, tanto a nivel de investigación como a nivel asistencial.

Momento histórico para mantener la Inmunología Clínica dentro de la especialidad

En términos generales, hay mucho desconocimiento de la existencia de la actividad asistencial clínica que desarrollamos. Varias especialidades que atienden pacientes con enfermedades de base inmunológica no entienden que un inmunólogo médico pueda aportar algo adicional a lo que ellos hacen. Y hace falta que dentro de nuestra propia sociedad este perfil sea reconocido unánimemente y se haga cada vez más visible.

En nuestra sede docente de Inmunología se vienen recibiendo solicitudes, cada vez con más frecuencia, de especialidades como Alergia (del hospital y de otras áreas de Madrid) y Reumatología para recibir formación en Inmunología Clínica. Es una muestra patente del reconocimiento de que el inmunólogo médico que atiende pacientes es un valor añadido dentro del sistema.

El mantenimiento de un itinerario formativo en Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes y su inclusión en los planes estratégicos garantizaría que la cobertura de dichas enfermedades pueda seguir contando con inmunólogos especializados que las atiendan y que formen a los nuevos especialistas que tengan intención de hacer una actividad clínica.

Inmunología Clínica de Asistencia Directa a Pacientes: tiempo de capacitación

La adquisición de las competencias necesarias para manejar pacientes con enfermedades de base inmunológica requiere de una importante carga dentro del itinerario formativo. En otros países, como en Inglaterra, el programa se extiende mucho más de 4 años. El actual programa de 4 años permitiría una capacitación inicial, aunque con limitaciones. Luego hacía falta un recorrido en una unidad especializada dentro o fuera de España para madurar y completar la capacitación. Este itinerario formativo que posibilita la formación clínica, y del que disfrutamos en la actualidad, se extinguirá por completo con el actual R.D. de troncalidad. Ya no contaremos con

los 2 primeros años y en los 2 restantes habrá que buscarle sitio a la formación clínica. Aun así no habrá tiempo para generar la capacitación suficiente para ver pacientes. Será necesario un periodo posterior de formación. *¿Dónde ubicamos esta capacitación adicional necesaria en Inmunología Clínica?*

¿Un área de capacitación específica?

En el R.D se considera la creación de las mismas cuando representen un incremento significativo de las competencias profesionales exigidas por los programas oficiales de las especialidades implicadas en su creación. Además, debe existir un interés sanitario y social en el desarrollo de una específica actividad profesional y asistencial en el área correspondiente que implique la dedicación a la misma de un número significativo de especialistas.

No cuesta mucho reconocer que la Inmunología Clínica podría reunir en el futuro los requisitos para la creación de un área de capacitación específica (ACE): a) ninguna de las especialidades que atienden enfermedades de base inmunológica alcanza la capacitación suficiente con sus programas de formación para el manejo de estas enfermedades; b) porque las enfermedades de base inmunológica están en expansión y tienen interés sanitario y social; c) porque harán falta especialistas para tratarlas. Esta ACE la tendrán que solicitar las distintas especialidades que dan atención a pacientes con enfermedades de base inmunológica. Y para que entre estas especialidades esté la Inmunología *deberá reivindicarse y reconocerse primero que la Inmunología brinda ya actualmente asistencia directa a pacientes como parte de la especialidad, sino no podría participar en la formación de un ACE de este tipo. Solo tiene sentido que un especialista formado para atender pacientes pueda necesitar más tiempo para profundizar su capacitación en el manejo de un tipo concreto de enfermedad.*

El perfil de cobertura de una enfermedad de base inmunológica es variado. No tiene por qué ser igual en todos los hospitales de referencia. Como se ha dicho antes, el módulo básico suele ser la cobertura de inmunodeficiencias primarias que se puede ampliar a módulos más complejos que incluyan también inmunodeficiencias secundarias y otras enfermedades de base inmunológica que incluyen enfermedades autoinmunes, inflamatorias o asociadas a hipersensibilidad no cubiertas por otros especialistas. La monitorización inmunológica de trasplantes es un área interesante a explorar como lo es también la administración de terapias de base inmunológica en distintos campos con suficiente evidencia científica contrastada en la literatura. El grado de complejidad y autonomía y la necesidad de interacción con otros especialistas lo debe establecer cada unidad según su grado de capacitación, experiencia y las características y facilidades propias de cada centro.

La creación de un ACE de Inmunología Clínica podría abrir una puerta para que en el periodo posttroncalidad los médicos que elijan la Inmunología desarrollen un itinerario formativo con contenidos de Inmunología Clínica que capacite para la atención directa a pacientes que les permita acceder posteriormente a esta área de capacitación. Y habrá que estar atentos de si en el periodo troncal aun se puede hacer algo todavía. En estos momentos lo importante es estar bien posicionados y seguir existiendo como especialidad con actividad clínica directa, como se ha reiterado a lo largo de estas reflexiones.

Además, debe considerarse que la formación en Inmunología Clínica debería desarrollarse en unidades acreditadas en la atención de enfermedades de base inmunológica. Ello supondría que las unidades de Inmunología que cumplan los requisitos podrían estar entre las encargadas de dar esta formación a los especialistas que lo soliciten.

En este artículo no se ha incluido la importante actividad asistencial de asesoría a los clínicos que se hace desde el Laboratorio Diagnóstico de Inmunología. Esta es una actividad que pueden desarrollar todos los especialistas de laboratorio independientemente de su licenciatura de base. Puede considerarse el nivel más básico de Inmunología Clínica. Esta actividad no correría peligro a futuro pero también podrá ser desarrollada, al menos parcialmente, por otros especialistas de laboratorio no inmunólogos que reciban capacitación sobre técnicas de base inmunológica en el periodo troncal, al mismo tiempo que el inmunólogo de laboratorio adquirirá capacitación en nuevas competencias que ahora no tiene.

Para los que creemos en la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes el peligro inminente es que esta actividad puede terminar extinguiéndose sin haber tenido la oportunidad de desarrollarse plenamente dentro de la Inmunología.

Creo que una buena decisión sería la de hacer claramente visible a la Inmunología Clínica con Asistencia Directa a Pacientes:

En los nuevos itinerarios formativos tanto en el periodo troncal como en los posteriores.

Sentando las bases y participando activamente en la futura creación de un ACE de Inmunología Clínica.

Reconociendo la importancia de las unidades clínicas en los planes estratégicos.

Creando nuevas unidades clínicas o potenciando las existentes en centros estratégicos de cada comunidad.

Configurando un grupo interhospitalario que consolide este perfil asistencial.

Promoviendo en el futuro unidades clínicas que se puedan constituir en un CSUR en distintas regiones del país para la mejor cobertura de procesos complejos específicos de base inmunológica.