

En
España
hay decenas de
plazas libres
en los hospitales para
médicos
de Patología Digestiva

Javier Crespo

Jefe de Servicio del Hospital Marqués de Valdecilla,
presidente de la Sociedad Española de Patología
Digestiva (SEPD) y presidente de la Comisión Nacional
de Aparato Digestivo

“En España hay decenas de plazas libres en los hospitales para médicos de Patología Digestiva”

El doctor Javier Crespo, presidente de la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), sostiene, en la entrevista concedida a la revista EL MÉDICO, que en su especialidad la observación clínica debe ser corta, pero combinarse con una buena exploración física y, sobre todo, deben tener tiempo para poder mirar al paciente a la cara, “perder” minutos para que se exprese y les explique bien lo que le sucede. El patólogo, jefe de Servicio en el hospital Marqués de Valdecilla de Santander, es contundente al señalar que los servicios de Digestivo en los hospitales están mal posicionados, porque son considerados como Medicina Interna clásica y no lo son. “Esto en algunos centros deriva en listas de espera para una cita de Patología Digestiva de hasta doce meses. Una demora alarmante e inadmisible”, sentencia.



El presidente de la SEP muestra su satisfacción porque la especialidad de Digestivo se encuentra entre las más solicitadas por los estudiantes de Medicina, no solo en España, sino también en EE.UU. y Europa. “Estamos bien situados”, afirma. De hecho, desde hace años en España no hay ningún médico de Digestivo en paro. “Todo lo contrario, tenemos decenas de plazas disponibles en los centros hospitalarios”, reconoce el doctor Crespo, que también preside la Comisión Nacional de Aparato Digestivo, cuya función es la de diseñar el programa formativo de los facultativos que opten por esta área. “Debemos prever las necesidades futuras de los especialistas y adaptar el programa de formación para los tiempos que vienen. En este sentido, pensamos que una formación de cuatro años es claramente insuficiente,

por lo que demandamos ampliarla a cinco años; aquí tenemos una pequeña disputa con el Ministerio de Sanidad, una petición que seguiremos haciendo al próximo responsable de Sanidad, como la hemos venido haciendo con los tres ministros que ha habido en los últimos cuatro años”, explica.

¿La sociedad da la importancia que se merece a las patologías digestivas? ¿O se banalizan?

Claramente, las enfermedades digestivas a veces están infravaloradas, pero diría que solo las de una parte del aparato digestivo. Porque esta especialidad incluye

tanto el tubo digestivo, como el hígado, el páncreas, esófago...; creo que ninguna persona en su sano juicio infravaloraría una cirrosis hepática, un cáncer de páncreas o de colon.

Además, en mi opinión, los médicos de Digestivo tampoco estamos infravalorados.

El espectro de patología digestiva es muy amplio. ¿Qué repercusión tiene en nuestra

sociedad en ingresos hospitalarios y en muertes de adultos?

La patología digestiva en su conjunto representa aproximadamente un tercio de la patología de Medicina Interna; por lo

En la sociedad occidental hay un exceso de consumo de servicios médicos que hace que la gente acuda a buscar un remedio que no existe, porque es totalmente natural

tanto, junto con la dolencia cardiológica y algo menos la respiratoria, son las enfermedades más prevalentes. En ingresos directos, un hospital tiene un número de hospitalizaciones por el aparato digestivo relativamente pequeñas, cerca de un 5 por ciento. Pero, si a eso sumáramos que un tercio de todos los tumores malignos del organismo dependen del aparato digestivo, nos hacemos una idea bastante mejor del asunto. Hay que tener en cuenta que algunos tumores digestivos, como el de páncreas, tienen una letalidad del cien por cien; el diagnóstico representa casi la muerte. Los tumores hepáticos cuentan también con una elevadísima letalidad. Por suerte, los de colon menos, pero los gástricos y los de esófago también provocan una destacada mortalidad.

¿Cómo destacaría en una clasificación las enfermedades digestivo-patológicas que más impactan en nuestra sociedad?

Dependiendo de lo que consideremos como impacto. Si entendemos por frecuencia, por prevalencia, el reflujo gastroesofágico tiene un efecto terrible. El 20 por ciento de la población tendrá esta dolencia en algún momento de su vida; el 3 por ciento padecerá una enfermedad celíaca; el 10 por ciento una relacionada con la acidez; además, el 30 por ciento sufrirá algo similar a un colon irritable en algún período de su existencia. Son patologías con una extraordinaria prevalencia de impacto en la población, pero no son excesivamente graves para la supervivencia de la persona; complican la vida, pero no la acortan. Las otras enfermedades, las que reducen la vida, por suerte, son menos prevalentes, pero mucho más importantes. Como didáctica divulgativa diría que las patologías del tubo digestivo hay que agruparlas en tres categorías: los trastornos funcionales que afectan a casi toda la población en el transcurso de su vida; las enfermedades relacionadas con la alimentación, especialmente por su acidez: reflujo gástrico, celiaquía..., que impactan

negativamente en la calidad de vida del paciente, pero que no acortan su vida y, en tercer lugar, las patologías relacionadas con los tumores, que perjudican la calidad de vida del afectado y también la disminuyen. En otro apartado entran las inflamatorias, intestinales: colitis ulcerosa, Crohn..., que igualmente restan mucho a la calidad de vida pero que, por suerte, impactan poco en la cantidad.

En general, ¿cómo les llegan a los hospitales los enfermos de estas patologías, ya muy cribados en la AP, inespecíficos, en estadios primarios o avanzados de la enfermedad?

Nosotros, en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (HUMV), en Santander, vemos 32.000 enfermos cada año en la consulta sobre una población de referencia que nos toca de 300.000 pacientes de forma directa. Esto significa que, cada año, el 10 por ciento de la población viene al centro por algún problema digestivo. Es una barbaridad. ¿Cómo vienen? En algunos casos, como consecuencia de programas de cribados, como el de colon; como el de vigilancia de la hepatitis C. En otras ocasiones, como pacientes sintomáticos y, a veces, como la primera manifestación, sin cribado.

Cuando les llega un enfermo de patología digestiva, ¿resulta complicado, en tiempo, discernir si es un síntoma de otra patología (stress, mal hábito de vida...) o de una propia de digestivo?

Los especialistas estamos acostumbrados a cribar esta sintomatología; por lo tanto, enseguida sabemos si corresponde a una manifestación que no es real, sino que forma parte del espectro de la vida normal. A veces la población no lo distingue bien, por lo tanto, diferenciar síntomas que no

Hay una parte de consultas que efectivamente están relacionadas con cosas que no son enfermedades digestivas en la mayor parte de las veces

son constitutivos de patología es relativamente sencillo. Otra cosa es atribuirles la dolencia determinada. Hay una parte de consultas que efectivamente están relacionadas con cosas que no son enfermedades digestivas en su mayor parte; por ejemplo, la halitosis, o la lengua sucia, las flatulencias... no son enfermedades digestivas; se tienen gases, pero no se está enfermo. En la sociedad occidental hay un exceso de consumo de servicios médicos que hace que gente con seudosíntomas acuda a buscar un remedio que en numerosas ocasiones no existe, porque lo que tienen es totalmente natural.

¿Está incidiendo esta realidad sociosanitaria, cronicidad y pluripatológica, en su especialidad?

En el futuro deberá haber una extraordinaria coordinación entre los sistemas hospitalarios, donde se haga patología aguda, y los sistemas domiciliarios donde se atiende la patología crónica

Por suerte, la pluripatología y cronicidad son sinónimos de la prolongación de la vida. Afortunadamente, en España cada vez hay más pacientes pluripatológicos y crónicos que coinciden con edad avanzada. Una vez dicho esto, hay que poner solución y probablemente no deba ser en los hospitales. Estos centros son un lugar donde se resuelve la patología aguda; y la casa de uno, el hábitat de cada persona donde vive su ecosistema, es donde se deba resolver; no curar, porque la patolo-

gía crónica se palía, se atenúa, se cuida, pero no se cura. En el futuro, deberá haber una extraordinaria coordinación entre los sistemas hospitalarios, donde se hace patología aguda, y los sistemas domiciliarios donde se atiende la dolencia crónica.

Para los especialistas de hospital, ¿es un reto, una oportunidad o una complicación añadida la existencia de tantos pacientes crónicos y pluripatológicos?

Siempre he creído que todos los problemas que se nos ponen por delante son una oportunidad; de no ser así no estaría en la Sociedad ni sería jefe de servicio. Si lo viera como un problema sería un problema para mí. Es una oportunidad de mejora. Lo que tenemos que hacer es perfeccionar la asistencia de los pacientes que tienen un brote agudo, intentando evitar que sufran más y que tengan que volver al hospital. Eso significa que nosotros tenemos que salir del hospital, coordinarnos con los agentes sociales, obviamente con los médicos y enfermeras de AP, pero del mismo modo con los servicios sociales. Esto, que está muy bien decirlo, significa lubricarse con dinero que, de momento, no nos dan. Aquí, en el hospital de Valdecilla con pacientes cirróticos, que suelen ingresar por ascitis, hemos organizado un programa en el que se les asigna una enfermera de enlace que sigue el curso de su enfermedad; les pregunta sobre su situación y les recuerda que se pesen; si han engordado un par de kilos en una semana es por agua y se les anticipa la consulta. Vienen y les ajustamos el tratamiento y con eso se evitan los ingresos; con una llamada de teléfono y un metro.

En España no hay ningún especialista digestivo en paro desde hace años; hay decenas de plazas libres en muchos hospitales

Con una Medicina cada vez más tecnificada, en los pacientes se debe complementar una buena entrevista clínica con exploraciones complementarias

La demanda de estudiantes MIR para prepararse como patólogos digestivos, ¿es alta? ¿Les gustaría que fuera mayor?

Las dos cosas. Tenemos alta demanda y nos gustaría que hubiera más. En 2015 y 2016, la de Digestivo fue la cuarta especialidad en preferencias de los estudiantes; tras Cardiología, Dermatología y Cirugía Plástica. A veces está también en medio Traumatología, pero en el último año creo que ha

sido la quinta en elección. Estamos muy bien situados. Esto es parecido en todo el mundo occidental. Hay varios motivos para ello: que por suerte trabajamos y no hay paro. En España no hay ningún digestivo desempleado desde hace años. Es más, hay plazas libres en muchos hospitales de España para especialistas de Digestivo; hay decenas de plazas libres. Segundo, yo que soy patólogo, considero que es una especialidad que tiene un cuerpo de doctrina tan amplio al que dedicarse, que es muy complicado que a

lo largo de la vida profesional se aburra. Y la tercera, que combina muy bien la formación teórica con la práctica, el intelecto con el instrumento. Realizamos muchas técnicas complementarias, múltiples tratamientos auxiliados por máquinas, y esto hace que tengas una amplitud de trabajo enorme. Para nosotros es importante poder cambiar de vez en cuando.

Estrés, alcohol, obesidad..., ¿perciben ustedes que estos malos hábitos de vida están aumentando los trastornos pato-digestivos?

El estrés no existe, lo tenemos todos en nuestras actividades e influye en nuestra forma de ser y en nuestras enfermedades, en cualquier patología. El estrés es un condicionante más en una sociedad occidental que ha hecho que vaya todo un poco más deprisa cada día. El alcohol sí es un condicionante; ahora que hemos eliminado el virus de la hepatitis C como causa de enfermedad hepática, el alcohol es el motivo principal; el alcohol influye en el hígado, en el páncreas, en el tubo digestivo, en el colon. Además, el patrón de consumo de alcohol ha cambiado mucho en España; se ha pasado de uno clásico, del paciente que bebía unos vinos diarios, de excesivo consumo diario a otro de consumo a atracones. La gente joven se atiborra de alcohol, se coge una borrachera cada dos o tres fines de semana, y no sabemos si el atracón es más o menos perjudicial que la ingesta excesiva diaria. Creemos que para algunas patologías es más perjudicial que el consumo continuado.

¿Y la obesidad?

Es evidente que España es un país con mucha gente obesa; en el ranking, al tiempo que ganamos en lo malo, también en lo bueno; somos el país con mejor calidad de vida del mundo, de los que más vivimos, luego algo se hace bien. Al tiempo estamos aumentando mucho el número de personas con obesidad, aunque no sea exactamente igual que la americana. Quizá la dieta mediterránea, nuestros genes, nuestra forma de vida haga que la obesidad todavía no produzca tanto daño como en otros países, como en EE.UU. Dicho esto, en una conferencia sobre la prevalencia del hígado graso y la obesidad a lo largo de los últimos años comenté que estamos igual que EE.UU. hace 20 años. Por otro lado, recuerdo que la distancia del primer restaurante Mac McDonad que se abrió en EE.UU. y en España es también de 20 años. Por desgracia, si no hacemos algo nos vamos a parecer a los americanos en lo malo.

¿La gran utilización de fármacos está repercutiendo en la Patología Digestiva?

La Sanidad es un bien de consumo y es un problema; a los pacientes les resulta más fácil consumir determinados fármacos que les mejoran su calidad de vida que realizar un cambio de vida, que es mucho más difícil para ellos. Por ejemplo, si una persona afectada de hígado graso consigue bajar el 10 por ciento de su peso, que es bastante, pero no una barbaridad, su enfermedad mejora el 90 por ciento; pero solo un 10 por ciento consigue bajar ese 10 por ciento. La conclusión es clara: el 10 por ciento mejora el 90 por ciento, pero el 90 por ciento no cumple el 10 por ciento; y ese 90 por ciento busca la pastillita mágica de adelgazar, que, por cierto, está en camino.

¿Entre las acciones de la SEPD está la función educacional-formativa en hábitos adecuados de vida, deporte, alimentación, fármacos...?

En la Sociedad tenemos una parte que es la Fundación que está bastante separada, porque no puede tener ningún ánimo de lucro, ni estar dirigida a la formación profesional médica, sino encaminada fundamentalmente a la educación de médicos en formación y a la población en general. De hecho, hay toda una estructura dedicada a la información y formación de la población general. Cada mes tenemos un lema, un tema de salud digestiva, y disponemos de una página web con cientos de miles de entradas. Es una de las pocas webs de Sociedades científicas que está seleccionada por el Ministerio de Sanidad que recomienda a los usuarios que se conecten a ella.

Algunos especialistas consideran que la principal herramienta de diagnóstico sigue siendo la clínica, pero cada vez son más frecuentes las endoscopias, ecografías, TC ... ¿Qué hace más falta?

A los pacientes hay que hacerles muchas cosas, pero sobre todo hay que hacer mu-



chas cosas con los pacientes. Esto es muy importante. Con una Medicina cada vez más tecnificada se sustituye una buena entrevista y exploración clínica con pruebas complementarias y, muchas veces, eso es totalmente insuficiente. Si no sabes exactamente qué buscas y tienes que investigar en función de lo que te ha dicho el afectado, es difícil que encuentres el problema. Hay que combinar la entrevista clínica con una buena exploración física y estar con el paciente, mirarle a la cara, "perder" un poco de tiempo en que se exprese y nos diga lo que le pasa y después, por supuesto, hacer pruebas complementarias, que cada vez son más útiles. Pero sí, nuestra especialidad, como otras muchas, tiene el problema de que la entrevista clínica es inadecuada, demasiado corta.

Entre las patologías digestivas cabe destacar las oncogénicas. ¿Cómo es su situación actual en nuestro país?

La patología oncológica de digestivo representa un tercio de la dolencia oncológica global. Por lo tanto, es una enfermedad importantísima. El mensaje para la población es que la Oncología ha avanzado en los últimos años de forma extraordinaria, por ejemplo, en el cáncer de colon. Con los cribados actuales somos capaces de diagnosticar un 20-25 por ciento de estos tumores en un estadio en el que se curan prácticamente el 99 por ciento de los pacientes. Hasta hace poco esto no sucedía; así que el mensaje es positivo, aunque los avances vayan tan poco a poco que a veces no nos demos cuenta de ello. Pero si comparamos el tumor de colon hoy con el de hace 20 años, la supervivencia ha aumentado de forma espectacular. La quimioterapia de hoy y la de hace cinco años no tiene nada que ver; actualmente va dirigida a una diana bien definida, es más personalizada, más centrada en el enfermo, ha cambiado muchísimo. La clave, el consejo que podemos dar a los pacientes, es que hagan algo por ellos mismos, que se quieran un poco, que realicen deporte, que no beban mucho alcohol,

Nuestra especialidad, como otras muchas, tiene el problema de que la entrevista clínica es inadecuada, demasiado corta

aunque a pesar de esto puedan enfermar. Y que siempre que tengan un problema de salud acudan a un profesional y no consulten con quienes no lo son.

Como presidente de la SEPD ¿está preocupado por esta distorsión social-económica que se da, por ejemplo, en enfermedades como la celiaquía o en el uso de probióticos?

Sin ningún género de dudas, en la celiaquía hay un impacto importantísimo de la industria alimentaria que mueve ingentes cantidades de dinero; las dietas sin gluten son más caras y, por tanto, la contes-

tación es clara: sí, hay una injerencia clara del sector alimentario en esta enfermedad. Pero, también es cierto que la patología celiaca está aumentando su prevalencia, quizás también por el mejor y mayor diagnóstico; actualmente es más certero, pero sí existe una intromisión enorme en esta dolencia. También hay que decir que realizar una dieta celiaca de inicio es tan difícil que siempre tiene efecto placebo. Nosotros, cuando damos equivocadamente una dieta sin gluten a un no celiaco, mejora transitoriamente. Eso supone un notable efecto placebo que se pierde al poco tiempo en los no celiacos.

¿Cuáles son los desafíos que se plantea la Sociedad en formación-educación, número de especialistas, tecnología, etc.?

Si tuviera que elegir tres cosas a hacer en los próximos tres años empezaría por lo mío, que soy patólogo: eliminar la hepatitis C. Estamos a punto de conseguirlo, lo tenemos "chupado" si las autoridades nos ayudan un poquitín. En segundo lugar, llevar a cabo un cribado adecuado de cáncer de colon. España, con esto de las 17 Comunidades, es un país muy complicado y sigue habiendo inequidades claras. En Euskadi, por ejemplo, funciona muy bien, pero en otras CC.AA. todavía no se ha empezado; hay que lograr un cribado universal de verdad, que es un beneficio enorme para la salud. El tercer objetivo sería el de la formación, que nuestra especialidad tuviera cinco años de duración porque cuatro años son pocos para formarnos. Si, al acabar la presidencia de la SEPD, alguno de estos desafíos estuviera solucionado o casi, sería perfecto, me daría por satisfecho.

¿Qué se está haciendo para fomentar la investigación sobre estas patologías?

La investigación en España es una asignatura pendiente; no hay. Existen personas que investigan, pero no investigación estructurada. Están los Ciber, conjuntos de especialistas que se unen y tienen una financiación pequeñísima, y la mayor, la investigación que se puede dividir en dos grandes grupos -investigación clínica, básica- y lo que les une a las dos, la investigación traslacional, que es lo que se tiene que hacer en los hospitales y que básicamente es un clásico, lo que va del laboratorio a la cabecera

del enfermo y viceversa. En España no se dedica nada, el dinero que se destina es marginal. Es una pena, porque somos un país productor de un talento enorme que tiene una formación biomédica -biólogos, químicos, médicos...- extraordinaria; sin embargo, la producción propia es malísima, estamos en el 10-12 puesto del mundo porque no retorna el talento, porque no se invierte.

En nuestro sistema público, la cita con un patólogo digestivo puede tardar meses. ¿Qué propone la SEPD al respecto?

Todos queremos más, pero básicamente, los servicios de Digestivo en su conjunto están mal posicionados en los hospitales porque están considerados como servicios de Medicina Interna clásica y no lo son. Son un servicio que da prestaciones de digestivo a la sociedad en general, pero es un área estratégica para el hospital. Produce servicios a todo el resto del centro: en endoscopia, en pruebas funcionales, en hemodinámica portal... No se ha dimensionado bien el servicio central y, como no se ha hecho bien, todo el servicio de Digestivo sufre esta ausencia. En Valdecilla hemos crecido; somos 23 médicos de Digestivo que tiene que atender toda la endosco-

pia de la provincia de Cantabria: las pruebas funcionales, el trasplante hepático... Tienes que hacer muchas cosas y ver a nuestros 32.000 pacientes. Otros servicios, como Medicina Interna, solo atiende a los pacientes externos e ingresados, mientras nosotros tenemos a la mitad del servicio cubriendo prestaciones del resto del hospital. Eso hace que esté mal dimensionado y claramente ese es un problema grave. Las listas de espera derivan de esta falta de dimensionamiento. Pongo un ejemplo, la base del cribado de colon se hace en AP, pero la siguiente prueba nos llega a nosotros en la realización de miles de endoscopias. De ellas, diagnosticamos todos los cánceres, y de ellos curamos el 20 por ciento. El 60 por ciento adicional lo curan los cirujanos y los que parece que tienen un papel determinante son los oncólogos que curan, o no, al 20 por ciento restante. Se produce una paradoja muy intensa.

¿Cuál?

Que un tercio de la plantilla de Digestivo se dedica a hacer endoscopias para el cáncer de colon y un oncólogo ve el resultado. La estructura tiene que ser diferente y eso no se ha entendido bien. De ahí vienen las listas de espera en algunos servicios que pueden llegar a más de 12 meses, una auténtica barbaridad. Eso se produce por la ausencia de colonoscopias diagnósticas, porque ya no se llega. Significa que hay que poner más medios. Cuando Euskadi puso en marcha el programa de cribado de colon tuvo en cuenta que iban a aumentar extraordinariamente las colonoscopias y contrató a más especialistas. Es cierto que vale dinero, ¡Claro! Pero lo ahorras después. En un paciente en estadio cuatro que tenga la desgracia de tener metástasis hepática, que se tenga que operar de colon y del hígado, que fracase la primera línea terapéutica, puede valer 400.000 euros el tratamiento global. Con ese dinero se hacen 3.000 colonoscopias ■