

Artículo especial

# La especialidad de aparato digestivo. Historia. Desarrollo nacional y competencias del especialista. Perspectiva futura

Francisco José Manzano Gómez <sup>1</sup>, Agustín Albillos <sup>1,2,\*</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Instituto Ramón y Cajal de Investigación Sanitaria (IRYCIS), Madrid

<sup>2</sup> Departamento de Medicina y Especialidades Médicas, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá

\* Autor correspondencia: agustin.albillos@uah.es; <https://orcid.org/0000-0001-9131-2592>

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2024.9.1.417>

---

**Resumen:** La historia del estudio del Aparato Digestivo comienza en el Antiguo Egipto, pasando por la teoría de los humores de Hipócrates, que estuvo presente en Occidente hasta el siglo XVII. En la Edad Moderna la disciplina se desarrolló en conocimientos anatómicos, comenzando posteriormente con los estudios de la fisiología de la digestión, que se prorrogaron hasta el siglo XX, momento en el que la especialidad realiza sus mayores avances, que continúan en la actualidad. En España, se recoge la especialidad como tal desde 1955 aunque no es hasta 2009 cuando se regula tal y como la conocemos actualmente, pasando por la actualización de 1996. El especialista en Aparato Digestivo debe formarse vía MIR y debe desarrollar competencias en el ámbito técnico y asistencial, contando con una base científica y ética e impulsando la divulgación e investigación, con el soporte y referencia de las sociedades científicas del panorama nacional. Los servicios de Aparato Digestivo se dividen en unidades asistenciales en hospitalización, consultas externas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos, que varían en su complejidad y disponibilidad dependiendo del tipo de hospital. El gran reto de la especialidad en el futuro es dar respuesta a problemas de salud de la sociedad mediante la prevención y el diagnóstico y tratamiento precoz, con procedimientos que sustituyan a técnicas más invasivas, así como el apoyo en el avance de la farmacoterapia para cambiar el curso natural y el pronóstico de determinadas patologías.

**Palabras Clave:** Digestivo, Gastroenterología, Especialidad, Diagnóstico, Tratamiento, Investigación.

**Abstract:** The history of the study of Gastroenterology begins in Ancient Egypt, progressing through Hippocrates' theory of humors, which prevailed in the West until the 17th century. During the Modern Age, the discipline developed anatomical knowledge, followed by studies on the physiology of digestion, extending into the 20th century, when the specialty achieved its most significant advancements, which continue to the present day. In Spain, the specialty was formally recognized in 1955, but it was not until 2009 when it was regulated as we know it today, following the update in 1996. A specialist in the Digestive System must be trained through the MIR program and must develop competencies in both technical and healthcare fields, with a strong scientific and ethical foundation, while promoting dissemination and research, supported and referenced by national scientific societies. Gastroenterology services are divided into care units for hospitalization, outpatient consultations, and diagnosis and therapeutic procedures, which vary in complexity and availability depending on the type of hospital. The great challenge for the specialty in the future is to address society's health problems through prevention and early diagnosis and treatment with procedures that replace more invasive techniques, as well as supporting advances in pharmacotherapy to change the natural course and prognosis of certain diseases.

**Key words:** Digestive, Gastroenterology, Specialty, Diagnosis, Treatment, Investigation.

---

## 1. Antecedentes históricos

La salud digestiva, epicentro y objetivo último de la especialidad de Aparato Digestivo, y su relación con la dieta, ha sido una preocupación constante en las diferentes etapas de la historia. Ejemplo de ello es la cita clásica de Hipócrates de Cos (460-370 a.C), *“que tu medicina sea tu alimento, y el alimento tu medicina”*, o la mención de siglos después del genial literato español, Miguel de Cervantes y Saavedra, en la que Don Quijote de la Mancha recomendaba a su fiel escudero Sancho Panza *“come poco y cena más poco, que la salud de todo el cuerpo se fragua en la oficina del estómago”* [1].

Sin embargo, las primeras referencias a la Gastroenterología son anteriores a Hipócrates, destacando el papiro de Ebers, del Antiguo Egipto, que se encuadra en el año 1500 a.C, y que hace referencia a procesos fisiológicos digestivos, con solución a tales dolencias en base a sustancias vegetales [2].

Posteriormente, y continuando en la Edad Antigua, Hipócrates acuñó el término *“pepsis”* para referirse a la digestión, y situó a la bilis como parte de su teoría de los humores, diferenciando bilis negra y bilis amarilla. Esta teoría sirvió de base a Galeno, quien la completó describiendo que era el hígado el responsable de fabricar la sangre, la vesícula de la bilis amarilla y el bazo de la bilis negra [3]. De este modo, podemos observar que algunos de los órganos que constituyen nuestra materia de estudio eran los elementos clave de la teoría médica que se mantuvo vigente hasta el siglo XVII.

En la Edad Media, hay que subrayar el papel de los médicos árabes, estudiosos de la botánica y la farmacopea, quienes realizaron importantes avances en la medicina y la cirugía. De entre ellos, destaca en el siglo XI Ibn Sina, también llamado Avicena, quien redactó el conocido *“Canon”*, en el que explicó múltiples conceptos de fisiopatología digestiva, como el meteorismo, al que definió como resultado de cuatro factores: *“la ingesta de guisantes y judías, el consumo de frutas, la ingesta de productos ahumados salados y el exceso de alimentación”* [4]. El Canon de Avicena también se empleó hasta el siglo XVII en Europa.

No fue hasta 1543, ya entrada la Edad Moderna, cuando se dispuso de una aproximación similar a la conocida en la actualidad de la anatomía digestiva, gracias a la publicación de *“De Humani Corporis Fabrica”*, manuscrito en el que Andreas Vesalius describió en detalle el tracto gastrointestinal en base a la experiencia de múltiples necropsias previas. En esta época, los siglos XVI y XVII, se sucedieron las descripciones anatómicas de órganos como el páncreas, a mano de Johan Georg Wirsung, el hígado, por Francis Glisson, o las glándulas intestinales, pormenorizadas por Johan Conrad Peyer. Todos estos apellidos forman parte hoy de la práctica clínica habitual, por dar nombre a algunas de las estructuras anatómicas que describieron. También en el siglo XVII comenzaron las primeras teorías acerca de la digestión como un proceso de fermentación, destacando al profesor parisino Sylvius, quien fue pionero en el descubrimiento de la acción de la saliva como parte del proceso digestivo, detallando también la función de los jugos gástricos en el estómago y la bilis en el duodeno y situando a la enfermedad como *“la perturbación del proceso de fermentación”* [5].

A principios del siglo XIX, el estadounidense William Beaumont demostró que el jugo gástrico contenía ácido clorhídrico, realizando una obra que publicó en 1833 (*“Experiments and observations on the gastric juice and the physiology of digestion”*), en la que se habló por primera vez de la patología gástrica como consecuencia de la interacción de los alimentos y el alcohol con el ácido clorhídrico [5]. A día de hoy, es considerado uno de los padres de la Gastroenterología moderna. Más adentrado en el siglo XIX, el alemán Ismael Boas describió las gastritis por ácido gástrico y desarrolló el test de Weber-Boas, en el que se reconocía la sangre oculta en heces como método para el diagnóstico de tumores gastrointestinales, que se ha ido transformando hasta el actual test de sangre oculta en heces [6].

La entrada del siglo XX supuso el desarrollo de un gran número de avances en la especialidad, que constituyen los pilares de la práctica clínica que ha llegado hasta nuestros días. Así pues, en 1904

el ruso Pávlov consiguió el Premio Nobel de Medicina por su descripción de la fisiología de la secreción gástrica, con sus conocidos reflejos, así como la acción de las enzimas pancreáticas. Años después, en 1932, Burril Crohn describió una serie de casos de pacientes con inflamación intestinal y diarrea, dando lugar a la enfermedad que hoy lleva su nombre [5].

En la década de los 40s, se describió el reflujo gastroesofágico y la esofagitis por reflujo y se iniciaron las técnicas de motilidad esofágica, aunque la pHmetría no llegaría hasta 1974. En 1950, Norman Barrett definió las “úlceras” esofágicas de epitelio gástrico que dieron lugar a la patología que hoy bautiza. En los años 70, se descubrió la bomba de H<sup>+</sup>/K ATPasa, que cambió por completo la práctica clínica, gracias a la síntesis del omeprazol en 1979, que supuso el cambio de paradigma del tratamiento de la úlcera péptica, pasando de la cirugía al tratamiento médico como primera elección [7]. 4 años después, en 1983, Warren y Marshall descubrieron el *Helicobacter pylori* y demostraron su capacidad para inducir cambios inflamatorios en el estómago que podían desembocar en úlceras y neoplasias, razón por las que se le otorgó el Premio Nobel de Medicina en 2003.

En el campo de la Hepatología también se dieron avances de gran calibre a lo largo del siglo XX, destacando la realización de la primera colangiografía transhepática percutánea en 1937 o el desarrollo de la ecografía como método de elección para el estudio de la patología biliar en la década de los 40s. En 1947, McCallum describió la hepatitis A, como patología de transmisión feco-oral y de período de incubación corto, y la hepatitis B, de transmisión por sangre y período de incubación larga [5]. En 1963, el virus de la hepatitis B fue identificado por el genetista estadounidense Blumberg, por el que recibió el Nobel de Medicina en 1976. En la década de los 70s se identificaron el VHD, por Rizzeto y el grupo de Turín, y un nuevo virus, denominado de la hepatitis no A no B, que en 1989 se caracterizaría como virus de la hepatitis C y cuya historia natural se ha modificado en la última década gracias a la aparición en 2011 de los antivirales de acción directa [8,9].

Para concluir, hay que resaltar el desarrollo del trasplante hepático como tratamiento frente a las hepatopatías crónicas avanzadas o las hepatopatías congénitas, que realizó por primera vez en humanos Thomas Starzl en Colorado, en 1963, llegando a España en 1984, en el Hospital de Bellvitge, a manos de Carles Margarit y Eduardo Jaurrieta.

## **2. Reconocimientos e inicio de la especialidad de Aparato Digestivo en España. Definición y contenidos**

La especialidad de Aparato Digestivo se reconoce por primera vez en España en el año 1955, en la *Ley de 20 de julio de 1955*, sobre “Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas”, aunque se englobaba en las Cátedras de Patología Médica, junto a la enseñanza de Aparato Circulatorio, Aparato Respiratorio, Endocrinología y Nutrición, Hematología, Neurología y Reumatología [10]. No fue hasta el año 1978 cuando se publica el *Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio*, por el que se regula la obtención de especialidades médicas, en el que se reconoce como independiente la especialidad de Aparato Digestivo, se establece el sistema de residencia (MIR) para acceder a ella y se proporcionan las directrices para la creación de la comisión nacional de la especialidad [11]. El 25 de abril de 1996, se publicó una resolución en la que se detallaban los objetivos de la formación del especialista en Aparato Digestivo, áreas de conocimiento, formación técnica e investigadora, que se actualizó en 2009 mediante la *Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre*, por la que se publica el programa formativo de la especialidad que ha llegado hasta la actualidad [12].

En la resolución de 1996, se define la especialidad de Aparato Digestivo como “*aquella parte de la Medicina que se ocupa de las enfermedades que afectan al tracto digestivo y órganos glandulares asociados (esófago, estómago, intestino delgado, colon, recto, ano, hígado, vías biliares y páncreas), así como las repercusiones de las enfermedades digestivas sobre el resto del organismo humano e inversamente las repercusiones del resto del organismo sobre el sistema digestivo*”. Se menciona en este documento que el especialista en Aparato Digestivo debe adquirir conocimientos de Medicina Interna y otras especialidades médicas por su relación a nivel anatómico-fisiológico y patológico con el sistema digestivo, en particular, Nutrición, Inmunología, Oncología, UCI y Urgencias, Pediatría gastroenterológica, Cirugía General y Digestiva y laparoscopia intervencionista y Anatomía patológica. Sin embargo, se resaltan aspectos claramente diferenciadores y propios de la disciplina,

como la formación técnica (endoscopias, biopsias, ecografía, motilidad) o el seguimiento del trasplante hepático.

### 3. La formación como especialista en Aparato Digestivo en España

El acceso a la especialidad de Aparato Digestivo en España se realiza a través del sistema MIR, regulado en la *Ley 44/2003, de 21 de noviembre*, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y en sus normas de desarrollo [13]. Se trata de una especialidad cuya formación dura 4 años y para ello se debe disponer de la Licenciatura o Grado en Medicina y la obtención de un número de orden en el examen MIR que permita el acceso a la misma, según el corte de cada convocatoria.

El especialista en Aparato Digestivo, en base a lo dispuesto por el Ministerio de Sanidad en 2009, debe cumplir los siguientes requisitos [12]:

- Tener una sólida formación en Medicina Interna y amplios conocimientos sobre fisiopatología, clínica, prevención y tratamiento de las enfermedades digestivas, así como de sus indicaciones quirúrgicas.
- Dominar las técnicas relacionadas con la especialidad, principalmente la endoscopia y ecografía digestiva diagnóstica y terapéutica, debiendo conocer así mismo, en profundidad, la interpretación de las técnicas de imagen.
- Tener una amplia experiencia clínica a través del contacto directo con pacientes en el hospital y la consulta externa a fin de ser un experto en las diferentes fases del curso evolutivo de las enfermedades digestivas.
- Conocer y saber aplicar conceptos relacionados con la medicina preventiva, salud pública, epidemiología clínica, bioética y economía sanitaria, así como conocimientos sobre investigación clínica, de forma que este especialista tenga una mentalidad crítica en el análisis de la bibliografía médica.

En nuestra opinión, las competencias que el médico especialista en Aparato Digestivo debe poseer al terminar su formación como residente se podrían dividir en los siguientes ámbitos:

- Competencia asistencial: ser capaz de realizar de forma estructurada el seguimiento, diagnóstico y tratamiento de pacientes en consultas generales o monográficas, en Urgencias en el contexto de las guardias y en plantas de hospitalización, en cualquiera de las patologías que agrupa la especialidad.
- Competencia técnica: basada en la realización de endoscopia y ecografía abdominal básica, con conocimiento de procedimientos como la cápsula endoscópica, la ecoendoscopia, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), los procedimientos endoscópicos avanzados (disección submucosa endoscópica, drenajes por ecoendoscopia, colangioscopia, etc.), así como la indicación e interpretación de las pruebas de motilidad esofágica y la hemodinámica hepática.
- Competencia científica: fundada en la capacidad para el estudio y la actualización en las patologías y tratamientos de la especialidad, el dominio de la lengua inglesa como lengua vehicular de transmisión y entendimiento del conocimiento médico, y la disposición y manejo de los principales recursos bibliográficos.
- Competencia divulgativa: se trata de la capacidad para realizar revisiones sistemáticas de temas del ámbito de la especialidad, con su posterior presentación en sesiones clínicas, así como la exposición y planteamiento de casos clínicos de relevancia y la lectura crítica de la literatura científica.

- Competencia investigadora: basada en el aprendizaje de la realización de estudios sencillos de investigación clínica, que den respuesta a problemas habituales de la práctica clínica cuya resolución sea objeto de duda, así como la capacidad de plasmar los resultados en póster y comunicaciones de los diferentes congresos y reuniones de las múltiples sociedades científicas que existen en la especialidad.
- Competencia ética: basada en los principios de la bioética universal (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), aplicada en la práctica clínica con la toma de decisiones en pacientes complejos, el empleo de lenguaje sencillo, el respeto a la autonomía del paciente y la comunicación fluida con la familia de éste.
- Competencia profesional: engloba la capacidad de trabajo en equipo con otros especialistas con los que se comparten problemas clínicos (cirujanos generales, radiólogos intervencionistas, anestesiólogos, patólogos, etc.), con compañeros de la propia especialidad y con otros profesionales sanitarios, como Enfermería, así como el respeto a las opiniones diversas y la priorización del beneficio del paciente como objetivo a perseguir.

El aprendizaje de estas competencias a lo largo de la residencia harán del futuro especialista en Aparato Digestivo un médico integral, que podrá proporcionar respuesta a los problemas de sus pacientes cuando su ejercicio sea independiente, gracias también a su supervisión y tutorización por profesionales de mayor experiencia, que compartirán con el residente el aprendizaje de años de experiencia y tratamientos de cientos de enfermos, con la perspectiva personal y profesional que ello aporta.

#### **4. Actividad asistencial, científica, institucional y de investigación de Aparato Digestivo en España**

La actividad asistencial de la especialidad de Aparato Digestivo se divide en tres grandes áreas: hospitalización, consultas externas y unidades de técnicas diagnósticas y terapéuticas.

La hospitalización de un servicio de Aparato Digestivo incluye a pacientes con patología hepática, principalmente cirrosis descompensada y hepatitis aguda, así como enfermedad vascular hepática y pacientes trasplantados hepáticos, si el centro dispone de esta cartera; patología biliopancreática, a veces compartida con los servicios de Cirugía General y Digestiva si el agente etiológico es la litiasis biliar (pancreatitis aguda y sus complicaciones, reagudización de pancreatitis crónica, colecistitis aguda, coledocolitiasis y colangitis aguda); y patología de tubo digestivo, tal y como enfermedad inflamatoria intestinal y sus complicaciones, hemorragia digestiva, ileítis aguda o colitis de diferentes etiologías. Los hospitales de segundo y tercer nivel del panorama nacional suelen contar con plantas propias, en cambio, en los hospitales de primer nivel estos pacientes suelen ingresar a cargo de servicios médicos generales, como Medicina Interna, ya que no tiende a haber un área específica del servicio de Aparato Digestivo dedicada a la hospitalización.

En lo referente a las consultas externas, hay que destacar que se dividen en dos grandes grupos: generales, que atienden a pacientes con patología digestiva general y a aquellos que vienen derivados de Atención Primaria u otros servicios para estudio, y monográficas, que son aquellas dedicadas a una patología o área concreta de patologías una vez que el paciente está diagnosticado. Las consultas generales forman parte de la cartera de servicios de la práctica totalidad de hospitales españoles, mientras que las monográficas se encontrarán generalmente en hospitales de segundo y tercer nivel. En muchas ocasiones, las consultas generales se localizan en los centros de especialidades periféricas, dependientes de hospitales gran tamaño. Por su parte, las consultas monográficas suelen localizarse en la sede principal del centro sanitario y su número y disponibilidad se incrementa a medida que aumenta el volumen de pacientes que atiende el servicio en cuestión, así como la complejidad del mismo. Ejemplos de consultas monográficas son la consulta de enfermedad inflamatoria intestinal, de páncreas, de pretrasplante y trasplante hepático, de

hepatopatía crónica descompensada (a veces clasificadas por etiología), de hepatitis virales, de enfermedad celíaca, de alto riesgo de cáncer de colon o de trastornos funcionales complejos.

Las unidades de técnicas diagnósticas y terapéuticas son las responsables de la realización de los procedimientos propios de la disciplina: endoscopia digestiva, ecografía abdominal, motilidad esófago-gástrica y recto-anal y hemodinámica hepática. Mientras que la endoscopia forma parte prácticamente cualquier hospital, el resto de técnicas no están disponibles en todos los centros sanitarios. Las unidades de endoscopia cuentan con técnicas que van desde la gastroscopia y la colonoscopia diagnóstica y terapéutica, con sedación por anestesiista o por endoscopista, presentes en prácticamente todos los centros, a pruebas de mayor complejidad, como la ecoendoscopia y la CPRE, generalmente disponibles en centros de referencia a nivel provincial, y la endoscopia avanzada (disección submucosa endoscópica, técnicas de miotomía peroral endoscópica, etc.), únicamente presente en hospitales aislados del ámbito nacional, con alto nivel de subespecialización.

La ecografía abdominal, a pesar de estar presente en el currículo que establece el Ministerio de Sanidad como técnica que todo gastroenterólogo debe manejar, sólo está presente realizada por el propio servicio de Aparato Digestivo en un 30-40% de centros españoles aproximadamente. Los de mayor complejidad han incorporado en los últimos años la ecografía de asas, destinada al diagnóstico ecográfico de patología dependiente del intestino delgado y del colon, principalmente empleada en pacientes con enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa.

Las técnicas de motilidad incluyen la manometría esofágica, la pHmetría, la impedanciometría y la manometría anorrectal, así como procedimientos menos frecuentes como el biofeedback para el tratamiento de la incontinencia fecal.

En cuanto a las técnicas de hemodinámica hepática, hay que subrayar que son aquellas destinadas a la estimación de la presión portal. Sólo están presentes en unidades muy seleccionadas del ámbito nacional, referentes en el campo de la Hepatología y generalmente con probabilidad de realizar trasplante hepático y procedimientos intervencionistas, como el implante de derivación portosistémica intrahepática (TIPS).

La actividad científica e investigadora depende del volumen de pacientes pertenecientes al centro sanitario, así como la disposición del servicio y la posibilidad de contar con financiación, ya sea externa o interna. Suele realizarse conjuntamente con las sociedades científicas de la especialidad, que son varias, dependiendo de la patología objeto de estudio, y que suelen trabajar conjuntamente con los centros sanitarios, apostando por la formación técnica y científica del especialista en Aparato Digestivo. De entre ellas, hay que destacar:

- Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD): es la principal sociedad de referencia de los gastroenterólogos en nuestro país y engloba todas las áreas de la especialidad. Sus bases se remontan a 1933, con el II Congreso Nacional de Patología Digestiva en Barcelona y la escuela del Dr. Gallart Monés, que promovieron la creación de una sociedad que representara a todos los gastroenterólogos de España. En los años 70 y 80s, con el progreso de la especialidad, se crearon grupos autonómicos asociados a la SEPD, como la Sociedad Andaluza de Patología Digestiva, y en los años 90s, la Fundación Española de Patología Digestiva, actual Fundación Española del Aparato Digestivo, que promueve la investigación con la creación de becas y premios que impulsan la excelencia científica en todo el país [14].
- Asociación Española de Gastroenterología (AEG): engloba distintos ámbitos de la especialidad, centrados en el tubo digestivo, la motilidad y la patología pancreática, en colaboración con sociedades más subespecializadas.
- Sociedad Española de Endoscopia Digestiva (SEED): institución referente en la promoción y el avance de la endoscopia digestiva, actividad que forma parte de la práctica asistencial de la mayoría de gastroenterólogos españoles.
- Asociación Española para el estudio del Hígado (AEEH): dedicada al estudio e investigación en Hepatología.

- Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH): dedicada de forma multidisciplinar y junto a otras especialidades al estudio del trasplante hepático.
- Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU): sociedad con gran volumen de reuniones y encuentros, dedicada a la investigación y formación en enfermedad inflamatoria intestinal.
- Asociación Española de Ecografía Digestiva (AEED): su actividad se basa en la promoción de la ecografía digestiva dentro de los servicios de Aparato Digestivo, así como la innovación y el estudio de la técnica aplicada a distintas patologías de la especialidad.
- Asociación Española de Neurogastroenterología y Motilidad (ASENEM): dedicada al estudio de las técnicas de motilidad gastrointestinal.
- Asociación Española de Pancreatología (AESPANC): de carácter multidisciplinar, promueve el estudio transversal y el tratamiento de las enfermedades pancreáticas.

Para concluir, hay que resaltar que la actividad institucional de la especialidad, además de por las sociedades citadas, está representada por la Comisión Nacional de la Especialidad de Aparato Digestivo, de la que forman parte representantes médicos a propuesta del Ministerio de Sanidad, de las sociedades nacionales y de los médicos residentes, y que deliberan sobre los distintos aspectos relacionados con la materia, en su vertiente docente y asistencial.

## 5. Retos actuales y futuros de la especialidad

La especialidad de Aparato Digestivo evoluciona a medida que lo hace la sociedad, para dar respuesta a los problemas de ésta que se engloban en la disciplina, y su principal reto no es otro que anticiparse a la aparición de problemas de salud mediante la prevención de la enfermedad, así como el tratamiento de las patologías una vez que están establecidas, con los medios menos invasivos posibles y con el menor perjuicio para la salud, en base al "*Primum non nocere*", base del juramento hipocrático que cualquier galeno realiza al adentrarse en la profesión médica.

Uno de los problemas actuales de la sociedad es la convivencia con sustancias nocivas para la salud, como el tabaco y, más especialmente, el alcohol. Son responsables de un elevado número de patologías, como las pancreatitis tóxicas o las hepatopatías crónicas avanzadas, pudiendo acabar estas últimas en trasplante hepático. La promoción de campañas destinadas a evitar su consumo es un reto de nuestra especialidad, que debe materializarse en colaboración con los Centros de Atención Primaria.

La formación en conductas alimentarias y hábitos nutricionales saludables es otro reto que igualmente nos compete, puesto que afecta a un gran número de patologías de nuestro entorno, desde los trastornos funcionales con restricción de alimentación por influencia de redes sociales y publicidad sin base científica, hasta la obesidad, que favorece la aparición de patologías como el cáncer de colon o la hepatopatía crónica metabólica.

El envejecimiento de la población y el incremento de la esperanza de vida también se traduce en nuestra especialidad, con un aumento de la incidencia de determinadas patologías, como la hemorragia digestiva favorecida por la anticoagulación o la patología biliar. Asimismo, el manejo del paciente anciano debe ser objeto de estudio de cualquier gastroenterólogo, con el conocimiento del tratamiento de síntomas que suele presentar este perfil de paciente, como el cuadro confusional, la polifarmacia o la planificación de cuidados.

En relación con lo anterior, otro desafío al que se enfrenta la especialidad es el aumento de la complejidad de los pacientes. A día de hoy, es poco frecuente enfrentarse a lo que podríamos llamar "patologías puras", como la hemorragia digestiva alta causada por antiinflamatorios no esteroideos en un sujeto joven y sano. Lo habitual es que esto se de en un paciente de edad avanzada, pluripatológico y polimedcado, factores que favorecen la prolongación del ingreso hospitalario y que hacen imprescindible el trabajo multidisciplinar con otros especialistas, como geriatras, nefrólogos o intensivistas, sin olvidar la colaboración bidireccional con Enfermería y el apoyo en los trabajadores sociales.

Pero el trabajo multidisciplinar es imprescindible también por el desarrollo del conocimiento médico y la subespecialización de las disciplinas, prácticamente por patologías. Así, en el tratamiento del hepatocarcinoma, no sólo intervendrá el gastroenterólogo, sino también el radiólogo, tanto especialista en imagen abdominal como en técnicas intervencionistas, el cirujano general, el médico nuclear y el oncólogo médico o radioterapeuta, debido al amplio espectro terapéutico disponible. Esto mismo ocurre en la patología pancreática, en la hepatopatía crónica y la enfermedad vascular hepática, en la enfermedad inflamatoria intestinal o en los tumores esófago-gástricos y de colon.

El avance en el tratamiento médico se acompaña de la posibilidad de modificar el curso natural de múltiples patologías, siendo esto un hito que seguro ocurrirá en el futuro en determinadas entidades, como ya hemos venido viviendo en los últimos años. Ejemplo de ello son los antivirales de acción directa para la hepatopatía por virus de la hepatitis C, que supusieron en la pasada década un cambio radical en la historia natural de esta patología. Recientemente, se ha aprobado el primer fármaco antiviral para el virus de la hepatitis Delta y seguro que en el futuro aparecerán fármacos para enfermedades que hoy no disponen de un tratamiento efectivo, como la colangitis esclerosante primaria. Hay que señalar en este ámbito el desarrollo de los fármacos biológicos, en el campo de la enfermedad inflamatoria intestinal, que ha multiplicado el número de opciones terapéuticas de estos pacientes, evitando un gran número de cirugías y un claro enlentecimiento de la fisiopatología; así como de la inmunoterapia, que ha aumentado la esperanza de vida en pacientes con hepatocarcinoma.

Por otro lado, hay que subrayar el avance de la técnica, que ya vivimos en nuestros días. La curación de cánceres precoces gracias a procedimientos como la disección submucosa endoscópica es un reto en cuanto a expansión a un mayor número de hospitales, para que sean más los pacientes que se benefician de ello. Es indudable que la endoscopia ha avanzado a pasos agigantados en los últimos años y probablemente continúe en esa dirección, cambiando la primera línea de tratamiento en patologías como la acalasia, gracias a la miotomía endoscópica. También ha permitido reducir la incidencia de neoplasias, como la de colon, merced a la resección endoscópica precoz de adenomas colónicos y a los programas poblacionales de cribado. La endoscopia, además de su labor diagnóstica, debe jugar un papel central en la prevención de patologías, como el adenocarcinoma de esófago en pacientes con esófago de Barrett, mediante el diagnóstico precoz y la potenciación del diagnóstico óptico. El avance técnico hará posible ahorrar en el número de biopsias que se realizan en la práctica diaria, gracias al diagnóstico óptico con sistemas de referencia internacional y a la introducción de la inteligencia artificial, cuyo papel e inclusión es cada vez más debatido en los foros de la profesión.

Y, por supuesto, un reto fundamental es la continuación de los métodos de cribado. Ya se dispone de un sistema de cribado de cáncer de colon a nivel nacional, cuyos resultados son muy favorables, pero aún no se posee este medio en tumores como el cáncer gástrico o la neoplasia pancreática. La adecuada selección de los candidatos al cribado y el desarrollo de métodos de bajo coste y con adecuado valor predictivo son en la actualidad un reto, pero probablemente en pocos años pase a convertirse en una realidad.

No podemos concluir sin mencionar el desafío de la subespecialización. El vasto número de patologías y técnicas que conforman la especialidad de Aparato Digestivo, así como el desarrollo diagnóstico y terapéutico de cada una de ellas, hacen que cada vez sea más complejo el manejo individual de estas enfermedades y el conocimiento actualizado de todas ellas. Esto nos lleva al reto de la subespecialización, que es ya una realidad en numerosos hospitales terciarios, pero que no puede llevarse a cabo sin afianzar las bases del conocimiento fisiopatológico de las enfermedades digestivas y el tratamiento principal de elección en cada una de ellas, con el fin de que todo gastroenterólogo tenga la capacidad de enfrentarse a una consulta general, de poder atender a un paciente hospitalizado, de realizar una ecografía abdominal, una endoscopia y una colonoscopia diagnóstica, de tratar endoscópicamente una urgencia digestiva y de reconocer el momento en el que un paciente requiere de una derivación a un compañero o unidad con mayor especialización en una patología concreta.

## 6. Conclusiones

La especialidad de Aparato Digestivo ha presentado un desarrollo exponencial, desde los métodos tradicionales de la Edad Antigua a la medicina de precisión que vivimos a día de hoy, con el avance de la técnica y la farmacoterapia. El especialista en Aparato Digestivo debe formarse siguiendo el sistema MIR y cumpliendo con la labor asistencial en consultas y hospitalización y con el desarrollo técnico en endoscopia y ecografía, siempre contando con la perspectiva multidisciplinar del trabajo en equipo, la base ética en la toma de decisiones y el apoyo divulgativo e investigador de las sociedades científicas. Nos enfrentamos al reto de abordar los problemas sociales que llevan a patologías digestivas, pero para ello contamos con un arsenal terapéutico que está en aumento en los últimos años y con un desarrollo prometedor de la técnica, que aunque lleve a la subespecialización, hará posible la curación y prevención de un gran número de patologías que conforman nuestro ámbito de atención.

**Agradecimientos:** A todos los que han trabajado a lo largo de la historia para conseguir el bienestar de los enfermos con patología digestiva, haciendo posible el avance de la especialidad que vivimos a día de hoy.

**Conflictos de Intereses:** Los autores no declaran conflicto de intereses.

## Referencias Bibliográficas

1. Cervantes-Saavedra, M. El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha. Alicante: Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes;1999.
2. Chen TS, Chen PS. Gastroenterology in ancient Egypt. *J Clin Gastroenterol.* 1991;13:182-187.
3. López-Huertas N. La Teoría Hipocrática de los Humores. Gómeres: salud, historia, cultura y pensamiento [sede web]. Granada: Amezcua, M [actualizada año 2016; acceso 6 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.fundacionindex.com/gomerres/?p=1990>
4. Avicena. Libro quinque Canonis medicinae Abu Ali Principis filii Sinae alias corruptè Avicennae: quibus additi sunt in fine eiusdem libri Logicae, Physicae & Metaphysicae [monografía en Internet]. Disponible en: <https://ucm.on.worldcat.org/oclc/1024892954>
5. Prieto-Ortiz RB. Breve historia de la Gastroenterología a través de algunos de sus protagonistas. *Med.* 2022;44(3):487-496.
6. Palma E, Palma F. El pensamiento y la obra de Ismar Boas y su influencia en la gastroenterología médico-quirúrgica universal. *Dialnet.* 2005;57(2):15-28.
7. Aguilera-Castro L, Martín-de-Argila C, Albillos-Martínez A. Practical considerations in the management of proton-pump inhibitors. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108(3):145-153.
8. Botelho-Souza LF, Pinheiro M, de Oliveira A, Villalobos JM, Souza D. Hepatitis delta: aspectos virológicos y clínicos. *Virol J.* 2017;14:177.
9. Vivancos MJ, Moreno A, Quereda C. Tratamiento del virus de la hepatitis C con antivirales de acción directa: Aspectos prácticos y situación actual. *Rev Clin Esp.* 2018;218(1):29-37.
10. Ley de 20 de julio de 1955, sobre Enseñanza, título y ejercicio de las Especialidades Médicas. [Internet], 20 de julio de 1955. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1955-10411>.
11. Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de especialidades médicas. [Internet], 15 de julio de 1978. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-22162>.
12. Orden SAS/2854/2009, de 9 de octubre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Aparato Digestivo. [Internet], 9 de octubre de 2009. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2009-16993>.
13. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS). [Internet], 21 de noviembre de 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-21340>.
14. Sociedad Española de Patología Digestiva. [Internet]. Disponible en: <https://www.sepd.es/historia>.

