

Hemorragia digestiva alta

Revisión histórica a propósito del premio a la investigación en Medicina Interna 2006

Paulo Emilio Archila, MD¹

En los años 70, época de mi formación como residente de Medicina Interna en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, no se practicaba endoscopia fuera de las horas hábiles. Los pacientes que ingresaban a urgencias con hemorragia digestiva alta eran manejados con sonda nasogástrica y lavado gástrico con solución salina helada y/o adicionada con adrenalina.

Si el volumen del sangrado era muy alto o no respondía a esas maniobras, era pasado a cirugía de urgencia. De lo contrario se llevaba a endoscopia en la mañana siguiente. Si la consulta era en horas hábiles, se aplicaba el mismo protocolo con el objeto de llevar a endoscopia al paciente sin sangre en el estómago y facilitar el examen, ya que los instrumentos utilizados no tenían la mejor óptica ni la mayor movilidad. Esto demoraba el diagnóstico en buena parte de los casos, con las consecuencias previsible: terminaban en cirugía de todos modos, con una considerable mortalidad, dada no por impericia del cirujano sino por la índole misma de la patología causal. La gastritis hemorrágica y las várices esofágicas no tenían recurso diferente a la vagotomía troncular o la gastrectomía total. No se habían diseñado procedimientos terapéuticos endoscópicos.

En esos años apareció la cimetidina, la cual contribuyó a que no fuera tan catastrófico el resultado de ese protocolo de manejo, pues su administración parenteral lograba inactivar el proceso úlcero-pé-

ptico con detención del sangrado en un alto porcentaje. Fue un medicamento que cambió la historia de la gastroenterología en el mundo.

Para mi sorpresa, durante mi formación como gastroenterólogo en la Clínica Médica de la Universidad de Göttingen (Alemania) se aplicaba el mismo protocolo, con la diferencia de que si se hacía endoscopia de urgencia a cualquier hora, pero con las mismas limitaciones visuales y terapéuticas. Por ello consideré por mucho tiempo que en San Juan lo estábamos haciendo bien. ¿Para qué mantener un equipo médico de guardia permanente para realizar un procedimiento que no modificaría el futuro inmediato del paciente?

Esto ha ido cambiando dramáticamente, a partir del desarrollo tecnológico, mediante el cual no sólo podemos ubicar la lesión sangrante en la mayoría de los casos, sino intervenir sobre ella con todas las técnicas endoscópicas de hemostasia conocidas, además de la diversidad de medicamentos que contribuyen al éxito terapéutico. Son excepcionales los casos que requieren cirugía de urgencia para el control del sangrado.

Sin embargo, en el espectro de la medicina colombiana contamos con grandísimas deficiencias tecnológicas en puestos de salud y hospitales de primer y segundo nivel, quienes son los que soportan la mayor parte del peso de la salud en nuestro país.

¹ Ex presidente Asociación Colombiana de Gastroenterología
Gastroenterólogo Clínica del Country-Bogotá
E-mail: parchila@cable.net.co

La remisión de pacientes a centros de tercer nivel donde se pueda practicar endoscopia terapéutica no siempre es fácil y la decisión de los colegas que trabajan en ellos es difícil a partir de parámetros meramente subjetivos.

Por esa razón encontré de gran valor el trabajo de los doctores Martín Alonso Gómez, Luis Fernando Pineda, Milciades Ibañez, William Otero y Víctor Arbeláez, acreedor del Premio a la Investigación en el XIX Congreso Colombiano de Medicina Interna. Con un impecable rigor científico diseñaron una escala de predicción de muy fácil aplicación para deci-

dir cuándo un paciente con hemorragia digestiva alta requiere endoscopia de urgencia. Dentro del mundo académico parece inútil, pues en nuestro medio todos los pacientes son sometidos a endoscopia urgente.

Es en el mundo de la *Colombia real* donde aparece el dilema. Estratificar el riesgo para definir políticas de salud no solamente va en beneficio de la vida del paciente, sino en aras de la buena práctica. Por ello felicito a los doctores Gómez y Otero por su bien desarrollado trabajo e invito a la comunidad médica a seguir su ejemplo, buscando soluciones sencillas para el desarrollo de una medicina social nacional.