

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**"CRITERIOS DE DISCRIMINACION ENTRE ENFERMEDAD
FUNCIONAL Y ORGANICA DIGESTIVA"**

Estudio descriptivo, retrospectivo, de Enfermedad Funcional y Organica Digestiva de 104 pacientes adultos (mayores de 15 años de edad), que asistieron a la Consulta Externa de Gastroenterología y Emergencia de Medicina Interna de el Hospital General San Juan de Dios, durante los años de 1989 - 1993. Guatemala.

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

MAIRA ELIZABETH SANDOVAL ROSA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, JULIO DE 1994.

TELEFONOS
20318
23741-44
530423-32
530443-45
24834

Hospital General "San Juan de Dios"

Guatemala, G. A.

CABLE
"HOSPGRAL
GUATEMALA"

DL
05
7(7076)

Inf. Final Prot. M-9-94
OFICIO NO. _____

Guatemala, 20 de Junio de 1,994.

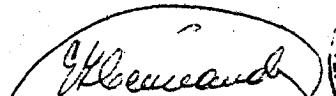
Bachiller
Maira E. Sandoval Rosa
PRESENTE

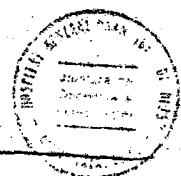
El Comité de Investigación le informa que su informe final ha sido autorizado para la divulgación de su trabajo de tesis titulado.

"CRITERIOS DE DISCRIMINACIÓN ENTRE ENFERMEDAD FUNCIONAL Y ORGANICA DIGESTIVA"

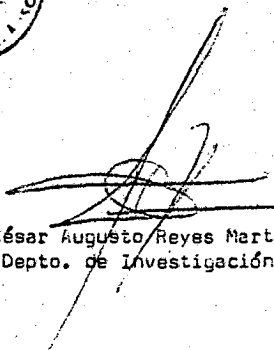
Sin otro particular quedo de usted,

Atentamente


MARIBEL HERNANDEZ ARGUETA
ROINADORA



Vo.Bo.


Dr. César Augusto Reyes Martínez.
Jefe Depto. de Investigación y Docencia.

cc;archivo.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 15 de junio de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

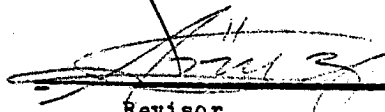
Se informa que el: BACHILLER EN COMPUTACION, MAIRA ELIZABETH
Tituló o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
SANDOVAL ROSA Carnet No. 88-13031
completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CRITERIOS DE DISCRIMINACION ENTRE ENFERMEDAD FUNCIONAL Y ORGANICA
DIGESTIVA"

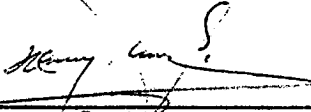
y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:


Firma del estudiante


Firma y sello personal


Revisor
Firma y sello
Registro Personal 3735

Dr. Alfredo de la Cruz Muñoz
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 3775


Revisor
Firma y sello

Registro Personal 6639

Dr. HECTOR R. GARCIA SANTANA
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 2619

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: MAIRA ELIZABETH SANDOVAL ROSA
Carnet Universitario No. 88-13031

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CRITERIOS DE DISCRIMINACION ENTRE ENFERMEDAD FUNCIONAL Y ORGANICA DIGESTIVA"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:  Guatemala, 22 de junio de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de País

Dr. Raúl A. Castillo Rojas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :


Dr. Jafeth Ernesto Cabrera
DECANO



INDICE

	PAGINA
I. INTRODUCCION.....	1
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.....	3
III. JUSTIFICACION.....	4
IV. OBJETIVOS.....	5
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	6
VI. METODOLOGIA.....	26
VII. PRESENTACION DE RESULTADOS.....	37
VIII. ANALISIS DE RESULTADOS.....	50
IX. CONCLUSIONES.....	53
X. RECOMENDACIONES.....	56
XI. RESUMEN.....	57
XII. BIBLIOGRAFIA.....	62
XIII. ANEXOS.....	67
- CUESTIONARIO.....	68
- BOLETA DE RECOLECCION DE DIAGNOS- TICOS DADOS POR EL HOSPITAL.....	72

I. INTRODUCCION

Los síntomas gastrointestinales son muy frecuentes en la población mundial, encontrando en diversos estudios que el 50% de los pacientes vistos por Gastroenterólogos presentan Enfermedad Funcional Digestiva (42,49,23). En comparación con las enfermedades disfuncionales que sólo se presentan en el 17% de los pacientes (49,23).

Los desórdenes Funcionales intestinales son una colección heterogenea de síntomas clínicos (Síndrome de Intestino Irritable, Dispepsia) asociada al tracto gastrointestinal "sin que se conozcan anomalías estructurales, (patológica o radiológicas) causas infecciosas o metabólicas" (43).

Los pacientes con desórdenes típicamente Funcionales consultan al médico y son sometidos a innumerables, costosos e incomfortables procedimientos para obtener un diagnóstico correcto (12). El dolor abdominal que se presenta con los desórdenes Funcionales difiere al causado por Enfermedad Organica Digestiva, comparando su intensidad localización, relación con hábitos intestinales.

Para obtener dichas características, así como los factores demográficos, síntomas clínicos, se han utilizado cuestionario que incluyen síntomas orientados a Dispepsia, Síndrome de Intestino Irritable y a problemas Organicos en general. Estos estudios de otros países proporcionan datos estadísticos que indican las enfermedades a través de un cuestionario los paciente que presentan la Enfermedad Funcional son el 28% de la población general, siendo la mayoría de el sexo femenino en el 65% de los casos (39-12-1).

En el presente estudio se escogieron 104 fichas de pacientes que fueron vistos por Consulta Externa de Gastroenterología o en La Emergencia de Medicina Interna, con síntomas gastrointestinales, mayores de 15 años de edad, tanto de el sexo masculino como del femenino, quienes consultaron durante los años de 1989-1993, siendo registrados en sus correspondientes fichas clínicas en El Hospital General San Juan de Dios.

Se buscó a cada paciente para el llenado de la boleta cuestionario y se buscó la ficha clínica para el llenado de el cuestionario cuando no se encontró al paciente, personalmente se investigará cuales fueron los diagnósticos obtenidos en el hospital después de procedimientos .

El propósito del presente trabajo es relacionar algunos factores individuales del paciente (demográficos, sintomatología, factores psicológicos y hábitos) para detectar cuales son los que predominan y además separar las enfermedades Funcionales de la Organica Digestiva, en beneficio de un diagnostico rápido, sin costos adicionales.

II. DEFINICION DEL PROBLEMA.

Los problemas gastrointestinales, son bastante frecuentes como motivo de consulta al médico Internista, especialmente se explican patológicamente, mediante diversos estudios diagnósticos, hasta que se llega a inferir, por exclusión que las enfermedades que se presentan son de tipo Funcional 50% de los que sufren enfermedad digestiva y únicamente el 28% a nivel de la población general (49,23).

Las Enfermedades Funcionales Digestivas (E.F.D) se dividen en dos entidades o síndromes clínicos, por lo que se ha implementado en muchos países, cuestionarios orientados hacia su diferenciación (49,23).

El estudio se realizó con la identificación de 104 fichas clínicas de pacientes de Gastroenterología, investigando las características demográficas, hábitos, sintomatología gastrointestinal, mediante un cuestionario sobre Enfermedades Gastrointestinales, los cuales se llenarán si era posible encontrando al paciente o mediante su historia clínica registrada en su ficha clínica.

Luego se calificó el cuestionario por computadora con el Paquete EPI INFO el cual nos ayudó al análisis de los datos. Además un programa que obtendrá el número de pacientes que obtendrá el número de pacientes que presentan Enfermedad Funcional u. Organica (49,23).

III. JUSTIFICACION

Por ser los problemas gastrointestinales una de las causas mas frecuentes de consulta al Médico a nivel mundial y de ausentismo laboral (39), se considera necesario estudiar las las características demográficas, síntomas clínicos y condiciones stressantes de la vida en nuestros pacientes, para conocer la relación de estas características individuales y la presentación de Enfermedad Digestiva. Para tener una mejor cobertura de las características de los pacientes, se redactó un cuestionario completo para discriminar entre la Enfermedad Funcional y Orgánica Digestiva.

Se ha visto el incremento en los síntomas intestinales asociados a un ambiente de vida stressado, como el que vive, actualmente en todos los niveles de nuestra sociedad, siendo los problemas Funcionales Digestivos los más frecuentes (54,55).

La finalidad de éste estudio es proveer el diagnóstico, sin la necesidad de someter al paciente a estudios sofisticados que sólo angustiarán y ocasionan, desembolsos económicos innecesarios en ésta etapa del diagnóstico.

Los estudios indicados por Médicos Gastroenterólogos seran de utilidad para descartar Enfermedad Orgánica cuando se entremezclen los síntomas (Funcionales, Orgánicos) del paciente.

IV.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar a los pacientes que presentan Enfermedad Funcional y Orgánica Digestiva a través de un cuestionario sobre Enfermedades Gastrointestinales de 104 pacientes, que fueron vistos en El Hospital General San Juan de Dios durante 1989-1993.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1- Identificar el tipo de Enfermedad Funcional Digestiva. (Síndrome de Intestino Irritable o Dispepsia) que presentó cada paciente de los 104 estudiados en la Consulta externa de Gastroenterología de El Hospital General San Juan de Dios durante 1989-1993.
- 2- Determinar cuál es la Enfermedad (Funcional u Orgánica Digestiva) que se presenta con más frecuencia en la Consulta Externa de El Hospital General San Juan de Dios en el periodo de 1989-1993.
- 3- Comparar el diagnóstico dado por el cuestionario y el obtenido mediante procedimientos diagnósticos realizados por Médicos Gastroenterólogos.
- 4- Diagnosticar que Enfermedad (Funcional u Orgánica Digestiva) es la que predomina según el sexo, la edad del paciente, estado civil, ocupación, educación y vida sometido a stress.
- 5- Identificar cuales son los síntomas más frecuentes hallados en los pacientes según el tipo de Enfermedad que presenten. (Orgánica y Funcional Digestiva) en la consulta de Gastroenterología de El Hospital General San Juan de Dios durante 1989-1993.
- 6- Contribuir al diagnóstico de la Enfermedad (Orgánica ó Funcional Digestiva) mediante la realización de un cuestionario fácil de interpretar y que evite gastos innecesarios en técnicas diagnósticas sofisticadas en los pacientes con Enfermedad Funcional Digestiva.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA.

A) ENFERMEDAD FUNCIONAL Y ORGANICA DIGESTIVA.

Los síntomas gastrointestinales los podemos clasificar en dos grupos, los que orientan a Enfermedades Funcionales y Orgánicas Digestivas, por lo que se diferenciará mas adelante (Tabla No. I) (12).

1.- DOLOR FUNCIONAL

El termino Funcional, no incluye el dolor que es imaginado ó provocado por desórdenes psicológicos; por definición, no tiene bases estructurales ni bioquímicas que pueden ser asociadas al dolor Funcional; pero problemas psicológicos si pueden estar presentes (12).

2.- DOLOR ORGANICO

El dolor abdominal de la Enfermedad Orgánica, tiene características específicas; este tiende a disminuir bajo patrones característicos generales. Se habla de un inicio agudo, bien localizado, incapacitante, que a menudo despierta a el paciente; los pacientes con dolor persistente reportan pérdida de peso, además presencia de diarrea voluminosa, sangre, pus o grasa en las heces (12).

3.- LOCALIZACION DEL DOLOR DE ORIGEN ORGANICO O QUE SURIERE DADO ORGANICO.

DOLOR EPIGASTRICO

- Enfermedad en esófago distal.
- Enfermedad en estómago.
- Enfermedad del duodeno.
- Enfermedad en el árbol biliar.
- Enfermedad en el páncreas.
- Enfermedad en el hígado. (12).

DOLOR PERIUMBILICAL

- Enfermedad de yeyuno.
- Enfermedad de ileon.
- Enfermedad de apéndice.

DOLOR HIPOGASTRICO

- Enfermedad de intestino grueso.
- Enfermedad de órganos pélvicos.
- Enfermedad en uréteres etc. (12).

TABLA No. I

DIFERENCIACION ENTRE ENFERMEDAD FUNCIONAL Y ORGANICA DIGESTIVA.

SINTOMAS CARACTERISTICOS	ENFERMEDAD ORGANICA.	ENFERMEDAD FUNCIONAL.
- Inicio.	- Agudo.	- Gradual.
- Edad de inicio.	- Cualquier edad	- Antes de los 50 años.
- Duración de la Enfermedad.	- De reciente duración.	- Prolongado.
- Efectos en el apetito.	- Puede causar anorexia.	- Ninguno.
- Efectos en el peso corporal.	- Puede causar perdida de peso.	- Ninguno.
- Localización e intensidad dolor	- Dolor intenso e incapacita.	- Difuso y de variable intensidad.
- Afecta el dolor los patrones de sueño.	- A menudo lo despierta por la noche.	- Ninguno.
- Las evacuaciones se caracterizan por diarrea.	- Grandes cantidades conteniendo sangre, pus, grasa.	- Diarrea puede alternar con constipación, pequeñas evacuaciones con moco.
- Relación entre el dolor y la defecación.	- Ninguna.	- Inicio simultáneo del dolor y la diarrea; que alivia después de defecar.
- Relación entre síntomas y stress.	- Ninguna.	- Marcada relación.

B) ENFERMEDAD FUNCIONAL

1. DISPEPSIA

1.1 DEFINICION

Es la presencia de episodios de malestar ó dolor abdominal alto (epigástrico), o retroesternal, con ardor, náusea de mas de tres meses de evolución, vómitos, flatulencia, postprandial u otros síntomas que se consideran vienen de el tracto intestinal proximal. El dolor puede ser intermitente, o contínuo, sin encontrar daño estructural, bioquímico o histológico (4,13,38,39,40,46).

La dispepsia puede ser un síntoma inicial de una enfermedad grave, la cual puede ser úlcera péptica, colelitiasis o carcinoma gástrico, pero a menudo no se fundamenta lesión orgánica. La Dispepsia ha sido considerablemente relacionada con sufrimiento de el paciente, sobre carga de trabajo al Médico y costos financieros. Se estima que los costos para poblaciones de 8 millones de personas parecidas a la nuestra, se gastan \$47 millones de dólares en medicamentos y pruebas diagnósticas; estimando que el costo anual puede llegar a \$280 millones de dolares en Estados Unidos.(4).

1.2 CLASIFICACION DE LA DISPEPSIA

- DISPEPSIA NO ULCERADA.
- DISPEPSIA ESENCIAL.

1.2.1 DISPEPSIA NO ULCERADA.

Es definida como dolor abdominal o retroesternal, malestar, ardor, náusea, vómitos y otros síntomas que son considerados ser del tracto alimenticio proximal y de duración mayor de 4 semanas, no relacionado al ejercicio, y por lo cual no hay lesión local o enfermedad orgánica que puede ser responsable de tales síntomas (4).

CATEGORIAS DE DISPEPSIA NO ULCERADA

- a) Dispepsia semejante a Úlcera péptica.
- b) Dispepsia semejante a Dismotilidad.
- c) Dispepsia semejante a Reflujo Gastroesofágico.
- d) Aerofagia.
- e) Dispepsia Idiopática, inespecifica o esencial.

a). DISPEPSIA SEMEJANTE A ULCERA PEPTICA.

Se designa este tipo de dispepsia a los pacientes, con dolor abdominal alto (epigástrico) con dos o más de los, siguientes síntomas que sugieren Úlcera péptica.

- Dolor abdominal que a menudo alivia con las comidas más de el 25% de las veces.
- Dolor abdominal que a menudo se alivia con Antiácidos
- Dolor abdominal que a menudo se presenta antes , de las comidas (o cuando presenta hambre).
- Dolor abdominal periódico (con periodos de dolor menores de un mes, con periodos de dolor que duran semanas a meses con el dolor) y/o dolor abdominal nocturno, que no deja dormir (2).

Un pequeño grupo de pacientes presenta síntomas sugestivos de Úlcera, además asociado con dolor abdominal nocturno, dolor localizado en epigástrico y no son asociados con daño estructural alguno (4).

b) DISPEPSIA SEMEJANTE A DISMOTILIDAD

Se designa este tipo de dispepsia a los pacientes con dolor abdominal alto (epigástrico) con tres o más de los, síntomas que sugieren estasis gástrica o dismotilidad.

- Náusea.
- vómitos.
- Flatulencia.
- Dolor abdominal que se presenta después de alguna comidas o beber leche.
- Dolor abdominal a menudo después de las comidas.
- Dolor abdominal que alivia después de eructar. (40, 4).

En este tipo de dispepsia hay síntomas que se , presentan además en El Síndrome de Intestino Irritable, como: flatulencia, distensión, meteorismo y rápida saciedad. Los síntomas de sensación de hambre y sin embargo están, anormalmente satisfechos después de ingerir una pequeña porción de comida, la náusea es común especialmente por las mañanas, asociada con arcadas (4).

c) DISPEPSIA SEMEJANTE A REFLUJO

Se designa este tipo de dispepsia a los pacientes , con dolor abdominal alto (epigástrico) acompañado por uno o , ambos de los síntomas siguientes:

- Ardor en el pecho una vez a la semana o más.
- Regurgitación de ácido una vez a la semana o más. (40,4).

Caracterizado por regurgitación de una pequeña , cantidad de comida, usualmente un bocado a la vez el cual es masticado y deglutido, estas molestias siempre son postprandiales y no se afectan por la postura (4).

d) AEROFAGIA

Puede ser por técnicas anormales para deglutir los alimentos en la cual se relaja el esfínter esofágico superior estando la glótis cerrada y el aire es succionado por la presión intratorácica negativa. La aerofagia es la más frecuentemente encontrada después de deglutir en seco, raramente tiene alivio después de eructar (4).

e) DISPEPSIA IDIOPATICA, INESPECIFICA O ESENCIAL

Alrededor del 25% de los pacientes con dispepsia no ulcerada no entran en los grupos nombrados anteriormente por que ellos no tienen características específicas en la historia o examen físico (4).

1.2.2 DISPEPSIA ESENCIAL

Esta es la dispepsia, a la cual se le ha descartado radiológicamente enfermedad del conducto biliar y se ha descartado por criterios clínicos objetivos del Síndrome de Intestino Irritable, reflujo gastroesofágico y además en la, cual no hay evidencia de otras enfermedades que podrían explicar la dispepsia (4,4).

1.3 ANTECEDENTES DE LOS PACIENTES CON DISPEPSIA

A continuación se presentan los antecedentes que fueron más frecuentemente encontrados en los pacientes con dispepsia ya diagnosticada (4,4).

- Historia de reflujo, éste antecedente se presenta en el 36% de los pacientes con dispepsia.
- Historia de dispepsia parecida a la úlcera péptica en el 30% de los pacientes con dispepsia.
- Historia de dispepsia inespecifica en el 16% de los pacientes con dispepsia.
- Historia de úlcera péptica en el 9% de los pacientes con dispepsia (4,40).

1.4 EPIDEMIOLOGIA

Según estudios hechos en varios países sobre la relación dispepsia y el sexo del paciente, se encontró que no hay diferencias significativas de la frecuencia de dispepsia hombres y mujeres. En relación con otras variables (raza, ingreso socioeconómicos, edad etc.) se encontró con mayor cantidad en blancos, personas de nivel socioeconómico alto de edad promedio de 40 años de edad de aparición de

la dispepsia. (38,4,12). Pero hay que tomar en cuenta que los estudios se hicieron en pacientes de edad media principalmente, en poblaciones donde los blancos eran la mayoría(38,4,12)

1.5

ETIOLOGIA

La causa de dispepsia queda inexplicada en términos del conocimiento convencional.

Recientes estudios indican una relación entre el tipo de dispepsia no ulcerada y la infección de Helicobacter, Pylori (38,4,11).

El Helicobacter Pylori es una bacteria, bacilo gran negativo, curvo, se cultiva en Agar Brucella con 5 centímetros de sangre de caballo que un Taller-Martin modificado (5).

Se ha reportado que la severidad de los síntomas de dispepsia se relaciona con la cantidad de mucosa antral con la infiltración de Helicobacter Pylori (11).

La frecuencia del Helicobacter Pylori que se encontró en los pacientes estudiados con técnicas histológicas fue del 67% en comparación, con los pacientes sanos (control) que fue de sólo 21% (4).

No se ha encontrado asociación entre la presencia, de Helicobacter Pylori y los síntomas gastrointestinales que, son (dolor abdominal, náusea, vómitos, disminución de peso, anorexia, flatulencia); porque también los pacientes que no tienen Helicobacter Pylori los presentan (38,4).

LOS LUGARES ANATOMICOS EN LOS CUALES SE ENCONTRO MEDIANTE BIOPSIA, AL HELICOBACTER PYLORI FUERON:

- Las biopsias del antro demuestran la presencia de Helicobacter Pylori en 97% de las veces(38,4).
- Las biopsias en el fondo demuestran la presencia de Helicobacter Pylori en el 56% de las veces. (38,4).

1.6

FISIOPATOLOGIA

Se ha pensado la posibilidad que la mucosa gástrica de los pacientes con dispepsia no ulcerada podrían ser anormalmente sensibles al ácido gástrico, según estudios que se realizaron en otros países se ha demostrado que en los pacientes con dispepsia No Ulcerada con o sin alteraciones, en la mucosa, la secreción ácida gástrica tanto basal como estimulada es normal y que al efecto de de los bloqueadores H2 sobre los síntomas de dispepsia es controversial (51).

En pacientes con dispepsia y signos endoscópicos de gastritis crónica, se encontró que la secreción basal gástri-

ca de HCO₃ son significativamente menores (51).

La contribución de la reducida secreción alcalina, en el desarrollo de los síntomas de dispepsia es desconocido, porque en los subgrupos de pacientes con signos endoscópicos, de inflamación en la mucosa, la causa de el dolor es en respuesta al ácido, esto no difiere de los sujetos con dispepsia funcional (51,4).

En conclusión la mucosa gástrica de los pacientes, con dispepsia no ulcerada no es más sensible al ácido gástrico que las personas normales (51,4).

Estudios de motilidad indican que aproximadamente, la mitad de los pacientes con síntomas de dispepsia de origen desconocido tienen algún retraso en el vaciamiento gástrico, con hipomotilidad del antro. Bajo stress la motilidad antral, normal puede cambiar a hipomotilidad en algunos pacientes (4)

1.7

ANATOMIA PATOLOGICA

Por medio de la realización de biopsias a nivel gástrico, se ha encontrado la presencia de gastritis en los pacientes con dispepsia, siendo la gastritis por *Helicobacter Pylori* la causa más frecuente encontrada. Además se encontró, mayor cantidad de leucocitos polimorfonucleares en pacientes con dispepsia, que sugieren la posibilidad de infección, erosión gástricas y duodenitis las que pueden ser la causa de dispepsia semejante a úlcera péptica pero especialmente si, tiene cambios erosivos pueden ser un componente de úlcera duodenal (4).

LOS TIPOS DE GASTRITIS ENCONTRADOS POR BIOPSIA FUERON:

- Gastritis superficial aguda:
Son los cambios inflamatorios agudos, que causan erosión en la superficie epitelial (46,12,4).
- Gastritis Crónica:
Cambios inflamatorios crónicos, que causan compar-timientos glandulares (46,12,4).

LA GASTRITIS ADEMÁS SE DIVIDE :

- Leve: sólo inflamación superficial, que comprende menos del 25% de la erosión.
- Moderada: Inflamación moderada con el 25% a 50% , de erosión ó sin inflamación grave.

- Severa: Inflamación superficial causando más del 50% de erosión con inflamación grave (46,12,4).

SEGUN LA CANTIDAD DE HELICOBACTER PYLORI SE
DIVIDE ASI:

- Focal: Lesión de 3 ó más especímenes.
- Moderada: alrededor de 50% de el área tiene especímenes (46,12,4).

1.8 FACTORES PREDISPONENTES QUE SE RELACIONAN CON
DISPEPSIA.

- Gastritis.
- Duodenitis.
- Campilobacter Pylori.
- Hipomotilidad gástrica.
- Alergia a algunas comidas.
- Alteración en el reflujo Doudeno-Gástrico.
- Factores psicológicos (neuroticos, problemas laborales etc.).

1.9 DIAGNOSTICO

- Historia clínica detallada, especialmente con un cuestionario sobre síntomas gastrointestinales.
- Endoscopia.
- Test de Úrea ó Elisa.
- Estudios serológicos Antígenos (Ig.G, Ig. A) específicos para Helicobacter Pylori (40,46,13,38, 4,12).

1.10 INCIDENCIA

Se estima que más de 2 millones de pacintes con , síntomas de dispepsia consultan anualmente en los Estados Unidos(EE.UU). Según estudios los pacientes que presentan , dispepsia semejante a reflujo son los que consultan más, siendo 29% (40). Las causas por las que consultan más los pacientes con dispepsia son las siguientes:

- Dolor abdominal alto (epigástrico) serero o muy severo.
- Dolor abdominal que les provoca ansiedad.
- Porque los pacientes creen tener una enfermedad grave por lo que se explica el dolor. (40).

La dispepsia parecida a la úlcera péptica ha sido la más frecuentemente encontrada 16% de los pacientes con , problema gástrico (40).

1.11 PREVALENCIA

Durante un estudio en Minnesota (EE.UU) en 1992 se encontró que 26% de las personas con síntomas gastrointestinales se les diagnosticó dispepsia.

De los pacientes con dispepsia se clasificaron los sub-grupos mas frecuentes así:

- Dispepsia semejante a la úlcera péptica 64%.
- Dispepsia semejante a reflujo 38%.
- Dispepsia semejante a dismotilidad 31%

NOTA: La suma de dichos porcentajes da más del 100% porque hay traslape entre los subgrupos. Por lo que se encontró que el 43% de dichas dispepsias esta en más de una categoría o subgrupos (40,12).

2. SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

El síndrome de Intestino Irritable consiste en síntomas gastrointestinales inespecíficos y difusos.

Se trata de una causa importante de consulta a los Médicos generales y de absentismo laboral en los (EE.UU) (44)

2.1 EPIDEMIOLOGIA

El síndrome del Intestino Irritable se presenta más frecuentemente en mujeres, no respeta edades, se presenta más en blancos, desempleados y con títulos de nivel medio (44,8).

2.2 ETIOLOGIA

Se desconocen las causas de síndrome del Intestino Irritable. No se ha aclarado si éstos síntomas son debido a:

- Predisposición genética.
- Contacto con toxinas o irritantes ambientales.
- Conducta para el manejo de situaciones stressantes aprendida de miembros mayores de la familia.

Muchos pacientes con Síndrome de Intestino Irritable vienen de familias donde hay otros individuos con alteración, lo cual hace pensar que los síntomas pueden indicar que durante su infancia padecieron a menudo dolores abdominales (52).

2.3 CLASIFICACION

Segun las características clínicas los pacientes , pueden clasificarse en tres categorías amplias:

1. Dolor abdominal que se alivia al defecar o expulsar gases . Este dolor puede ser activado al comer, presen-

tar estreñimiento que a veces se alterna con diarrea.

2. Presencia de diarrea sin dolor abdominal.

3. Dolor abdominal precipitado por la ingestión de alimentos. Sin embargo, en estos pacientes el dolor no se alivia tras el vaciamiento del cólon y puede ser secundario a, un trastorno del intestino delgado (49).

2.4

SINTOMAS

Los síntomas clínicos que se relacionan con el síndrome de Intestino Irritable son los siguientes:

- Dolor abdominal.
- Flatulencia.
- Irregularidad en los movimientos intestinales.
- Todos los síntomas anteriores en un período mayor de dos años.
- Distensión abdominal.
- Dolor abdominal que alivia con la defecación.
- Evacuaciones diarreicas asociadas con dolor abdominal (más de tres evacuaciones al día).
- Dolor abdominal que alivia con la defecación.
- Urgencia para evacuar.
- Estreñimiento (menor de tres evacuaciones por semana).
- Presencia de moco en las heces.
- Sensación de una evacuación incompleta.
- Dolor abdominal bajo más de 6 veces en el último año.
- Anormalidad de los hábitos intestinales en el último año (50,44,25).

2.5

ANTECEDENTES

Los pacientes con Síndrome del Intestino Irritable frecuentemente tienen antecedentes como los siguientes:

- Antecedentes de enfermedad múltiple.
- Antecedentes de alergias.
- Hepatopatía.
- Cardiopatía.
- Cefalalgia.
- Síntomas articulares.
- En mujeres, dispareunia (25,44).

2.6

DIAGNOSTICO

- El diagnóstico se realiza por exclusión.
- Historia clínica completa.
 - Determinar las fuentes de estímulos que influyen en el dolor abdominal.
 - Examen físico.
 - Hipersensibilidad sobre el área colónica en pacientes con la variedad de cólon espástico del Síndrome de Intestino Irritable.
 - La presión sobre el ombligo o el epigástrico puede activar los síntomas.
 - Tacto rectal.
 - Exclusión de otras enfermedades orgánicas.
 - Descartar en las mujeres enfermedades ginecológicas.
 - Insuflación de aire al intestino en quienes presentan disfunción del mismo, pueden activar los síntomas.
 - Enema de bario.
 - Colonoscopia total.
 - Examen de sangre oculta en heces.
 - Examen de heces completo.
 - Examen completo de orina.
 - Hematología completa.
 - Evaluación serológica (25,44).

2.7

FISIOPATOLOGIA

FISIOLOGIA

- MOTILIDAD COLONICA.

Por lo menos dos tipos de motilidad se han observado en el cólon distal:

- a) Contracciones segmentarias, las cuales ocurren asincrónicamente en segmentos adyacentes del intestino.
- b) Contracciones peristálticas.

La mayoría de los datos obtenidos sobre las contracciones intestinales se refieren a la actividad segmentaria, porque la actividad peristáltica es rara, ocurriendo una o dos veces al día en las personas sanas (5).

Las contracciones segmentarias, son más frecuentes en los tipos de motilidad colónica, impiden el pasaje de materia fecal hacia el ano, más bien la impulsan hacia nivel proximal. (5).

El movimiento de los contenidos del cólon depende de una respuesta contráctil ordenada del músculo liso intestinal.

La contracción ordenada del músculo liso colónico es controlada por alteraciones cíclicas del potencial de membrana del mismo (ondas lentas). Los potenciales de espiga que se superponen a la onda lenta, inician la respuesta lenta, inician la respuesta contráctil, a frecuencia de la actividad de onda lenta determina la frecuencia máxima de contracción del músculo liso intestinal al regular la aparición de la actividad de espiga (5).

En seres humanos sanos, la frecuencia de onda lenta del colon fluctúa predominantemente entre 6 y 9 ciclos por minuto, a nivel del sigmoides (en sus porciones superiores, descendente y transversal es más rápida la frecuencia de onda lenta es de 10 ciclos por minutos) (5).

2.7

FISIOPATOLOGIA

En la patogénesis del síndrome de Intestino Irritable puede participar diversos factores, las anomalías de la musculatura lisa gastrointestinal o del control neurohumoral del mismo pueden afectar el funcionamiento del colon y provocar los síntomas.

Los pacientes que presentan el Síndrome de Intestino Irritable, presentan una actividad de onda lenta, aumentada 3, ciclos por minuto mas, en comparación las personas sanas. Una elevación postprandial de las contracciones en 3 ciclos por minuto puede originar contracciones segmentarias, dolor abdominal y estreñimiento. El aumento de las contracciones segmentarias posterior a la estimulación muscular en ocasiones, lleva a una obstrucción parcial funcional del colon. La respuesta de espiga después de la ingestión de alimentos se halla retrasada en quienes presentan el Síndrome de Intestino Irritable (5).

El Síndrome del Intestino Irritable, puede ser que se relacione con la alteración de liberación posprandial de péptidos neurales excitadores o estimuladores. Un reflejo neural puede consistir en la liberación de neurotransmisores clásicos como la acetil colina o péptidos neurotransmisores, como, sustancia P y neurotensina. La ingestión de grasa es el principal estímulo de la respuesta colónica postprandial. La grasa también estimula la liberación de los péptidos colecistocinina y neurotensina, que pueden estimular la motilidad colónica. Los aminoácidos inhiben la liberación de glucagón el cual impide la actividad contráctil y de onda lenta (5).

2.8

ALERGIA A LAS COMIDAS

Se ha estudiado el vínculo entre alergia a las comidas y el Síndrome de Intestino Irritable, encontrando que estos pacientes, tienen historia de atopia y alergia a las comidas, encontrando alivio con la eliminación de la dieta de dichas comidas. (35).

Se ha encontrado reactivación, al comerlas de nuevo. Pueden haber dos tipos de reacciones adversas a las comidas:

1) ALERGIA A LA COMIDA O HIPERSENSIBILIDAD A LA COMIDA:

Es el proceso inmunológico de la activación de un antígeno que estimula la producción de un anticuerpo, iniciando la interacción de células con el sistema inmune. Estos procedimientos son a menudo manifestados clínicamente por reacción en el sistema pulmonar, gastrointestinal y afortunadamente escaso en el sistema anafiláctico (35).

2) INTOLERANCIA A LA COMIDA:

Esta es mas común dando resultados no inmunológicos.

LAS ALERGIAS A LAS COMIDAS SE DIVIDEN EN:

A) REACCION INMEDIATA DESPUES DE INGESTION DE COMIDAS:

Son fáciles de diagnosticar por historia, se usan técnicas de laboratorio como inmunoglobulinas, pruebas directas en la piel, eliminación de dietas (35).

B) DESORDENES EN LAS CUALES SE RETRAZA LA RESPUESTA INMUNE POR MUCHAS HORAS O DIAS O FASE DE RETRAZO:

Son mas difíciles de diagnosticar y se requieren técnicas de investigación mas desarrolladas.

En conclusión, la reacción mediada por Ig. E es la mas común en los pacientes con diarrea de tipo de Síndrome de Intestino Irritable (35).

2.9

FACTORES PSICOLÓGICOS

La prevalencia de enfermedad psiquiátrica en individuos con Síndrome de Intestino Irritable es triple en comparación con los grupos en control. Los síntomas psiquiátricos precedieron a la enfermedad intestinal en el 65% de los casos(54).

El Síndrome de Intestino Irritable es frecuentemente considerado un desorden psico-fisiológico en el 72% de los pacientes, se les ha diagnosticado un desorden psiquiátrico y además se ha encontrado, que sus respuestas a pruebas psicométricas han sido anormales (54).

DIAGNOSTICOS PSIQUIATRICOS MAS FRECUENTES
EN LOS PACIENTES CON EL SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

- Histeria 20%.
- Depresión 20%
- Ansiedad 14%

OTROS DIAGNOSTICOS MENOS FRECUENTES:

- | | |
|--------------------------|------------------|
| - Hostilidad | -Hipocondriasis |
| - Somatización de efecto | -Esquizofrenia |
| - Psicótico | -Introversión |
| - Fobia | -Psicopatías |
| -Paranoia | -Hipomanías (3). |

HAY TRES TEORIAS:

SOBRE LOS MECANISMOS PSICOLOGICOS EN SINDROME
DE INTESTINO IRRITABLE.

1- UNIFORME SELECCION DE HIPOTESIS:

Síntomas de distress psicológico, que se pueden asociar al desarrollo de síntomas intestinales, puede ser influenciada por una enfermedad orgánica (presión arterial alta, diabetes) quienes al visitar al Médico por dichas enfermedades presentan más distress psicológico (54).

2- CRITERIOS DIAGNOSTICOS INAPROPIADOS:

Quando los médicos da el diagnóstico de Síndrome de Intestino Irritable por la presencia de unos pocos síntomas, que sugieren dicha entidad pero no procuran hacer más investigaciones para confirmar el diagnóstico. (45).

3- HIPOTESIS SOMATOPSQUICA:

Es cuando los síntomas de distress psicológico son asociados con Síndrome de Intestino Irritable pero ellos podrían ser consecuencia de síntomas intestinales crónicos de otra índole (54).

2.10 EVENTOS STRESSANTES DE LA VIDA

Según estudios realizados se ha encontrado que las personas con Síndrome de Intestino Irritable presentan más , consultas al médico por síntomas intestinales en relación con su gran estímulo de stress, que las personas que no están , sometidos al stress (55).

Se han indicado por estudios la relación entre el trabajo stressante y los síntomas intestinales, encontrando , que las personas con trabajo stressante tiene ausentismo laboral, muchas visitas al médico por síntomas intestinales. La magnitud de la relación en éstos pacientes (Síndrome de Intestino Irritable) y con el trabajo stressante es pequeña, por lo que se estima que el 11% de los síntomas intestinales reportados se asocia a eventos stressantes de la vida (55).

C. ENFERMEDAD ORGANICA

De las enfermedades orgánicas digestivas se enfocará al reflujo gastro esofágico por ser causa de consulta muy frecuente en pacientes con síntomas gastrointestinales.

1. REFLUJO GASTRO ESOFAGICO

1.1 DEFINICION

Es el reflujo sintomático del contenido gástrico , hacia el interior de el esofago, presentando pirosis como , síntoma por excelencia. Se describe típicamente como un ardor retroesternal o subxifoideo que se produce por lo general mas o menos una hora después de las comidas y eventualmente cuando el paciente se agacha, está recostado o eructa, se alivia en forma espontánea o es necesario que el paciente tome un , vaso de agua, un antiácido o enderezarse para obtener alivio, del malestar (18).

1.2 PATOGENESIS

La patogénesis del reflujo gastroesofágico es multifactorial y compleja y todavía no se conoce por completo.

A continuación se presentan los factores que contribuyen en el reflujo gastroesofágico.

BARRERA ANTIRREFLUJO:

Desde luego, el tono intrínseco del esfínter esofágico inferior constituye una barrera importante contra el reflujo (6). Constituye a esta barrera otros elementos anatómicos, como el diafragma y el mecanismo valvular gastroesofágico de pliegue (29).

Si bien las personas con presión baja (insuficiente) del esfínter esofágico inferior en reposo tienen propensión para el reflujo gastroesofágico, en muchos pacientes con reflujo patológico la presión del esfínter es normal (6, 32).

Así mismo, en el sujeto normal la relajación transitoria del esfínter produce episodios de reflujo; según éste concepto, la principal diferencia entre el reflujo gastroesofágico y el reflujo en los sujetos normales es cuantitativa y no cualitativa (6). Curiosamente la relajación transitoria del esfínter se produce mientras la persona está despierta o, mientras permanece transitoriamente despierta, luego de dormir, pero rara vez durante el sueño de movimientos rápidos (M.O.R ó R.E. (21,32).

Hay controversia acerca de la relación entre la hernia hiatal por deslizamiento y el reflujo gastroesofágico, mientras una enorme proporción de pacientes con enfermedad por reflujo tiene hernia hiatal, la mayoría de las personas con hernia hiatal no tienen enfermedad por reflujo. Por lo que existe una teoría según la cual la relación a nivel de la hernia de una pequeña cantidad de ácido cerca del esófago, puede dar origen a reflujo durante la relajación transitoria del esfínter (21,32).

DEPURACION ESOFAGICA

El proceso de depuración determina cuánto tiempo, queda expuesta la mucosa del esófago a los efectos nocivos del material de reflujo. Normalmente el peristaltismo inducido por la deglución en estado de vigilia retira rápidamente del esófago el líquido de reflujo (depuración por volumen). El peristaltismo secundario, inducido por la distensión que el material de reflujo ocasiona en el esófago, también que el de reflujo contribuye a la depuración por volumen. La saliva, deglutida (con su contenido de bicarbonato) ayuda a neutralizar pequeñas cantidades de ácido residual que permanece en contacto con la mucosa, depurando el esófago aún mas de ácido (18).

La disfunción del peristaltismo del esófago ha sido observada en algunos pacientes con esofagitis por reflujo y, es posible que contribuya a la enfermedad por reflujo debido, a la deficiencia que produce en la depuración esofágica (2). También en los pacientes en los que se experimenta reflujo durante el sueño, la deficiencia de la depuración esofágica, puede constituir un problema, porque la deglución y la salivación quedan suspendido casi por completo. El problema se presenta más a menudo en el subconjunto de pacientes con insuficiencia esfinteriana, porque cuando duerme en decúbito supino desaparece por completo el efecto benéfico de la gravedad y se produce reflujo libremente (12).

FACTORES GASTRICOS

Se dice que en algunos pacientes con enfermedad por reflujo gástrico la evacuación gástrica se encuentra retardada la que podría contribuir a la patogénesis de la enfermedad. La distensión del volumen gástrico en otro, factor que contribuye al reflujo postprandial (19).

1.3

SINTOMAS CLINICOS

SINTOMAS MAS FRECUENTES

- Pirosis ó agruras.
- Ardor retroesternal o subxifoideo que se produce después de las comidas, cuando el paciente se agacha; cuando se recuesta o eructa.
- Dolor precordial no específico.
- Regurgitación de líquidos de reflujo hacia la boca.
- Disfagia.
- Sensación de apretamiento o de nudo en la garganta (18).

SINTOMAS INESPECIFICOS

- Odinofagia (deglución doloroso).
- Hipo
- Ronquera
- Hematemesis
- Melena
- Síntomas pulmonares como asma (18).

1.4

FACTORES DE RIESGO Y COMPLICACIONES

En las personas sensibles, el reflujo puede deberse o agravarse por muchos factores. Entre ellos, el cigarrillo, aumento reciente de peso, obesidad, diversos factores dietéticos (como comidas copiosas, café, alcohol, alimentos grasos, chocolate, refrigerios a la hora de acostarse), medicamentos (como anticolinérgicos y progesterona) posición acostada, ascitis (37,3).

Se sabe del efecto predisponente de diversos estados particulares. En el embarazo, el reflujo es frecuente y se debe a la hipotensión del esfínter esofágico inferior ocasionada por el aumento de progesterona y de estrógenos circulantes, así como por la elevación de la presión intraabdominal. En los pacientes con esclerodermia que compromete el esófago, puede desarrollarse compromiso grave por reflujo, debido a la hipotensión del esfínter y a la deficiencia de peristaltismo y de la depuración del esófago. Otros estados asociados con afecciones por reflujo son el Síndrome de Zollinger-Ellison, la intubación nasogástrica y la alteración, iatrogénica de la unión gastroesofágica a consecuencia de la, miotonia de Heller o de la dilatación naumática en caso de acalasia. En la estenosis péptica, hemorragia, esófago de Barrett y síntomas pulmonares (37,3).

1.5

DIAGNOSTICO

TRAGO DE BARIO

Es la primera prueba que debe hacerse a los pacientes que presentan los síntomas de reflujo. Esta prueba carece de sensibilidad para diagnosticar reflujo, pero detecta los trastornos cuyos síntomas pueden simular los de reflujo, (tumores). Esta prueba permite además la detección de la forma, moderada o grave de la esofagitis por reflujo, así como identificación de estenosis; ayuda, la valoración de la función, motora y de la depuración por volumen del esófago (33).

VERIFICACION DE PH ESOFAGICO

La verificación ambulatoria del pH del esófago en 12-24 horas es una prueba cuya disponibilidad ha aumentado en los últimos años. Es la prueba mas fiable en la detección del reflujo gastroesofágico. La verificación prolongada del pH, sirve primordialmente para la evaluación del paciente con, síntomas atípicos o con respuesta incompleta ala terapia, así como para la valoración de los síntomas de los pacientes antes y después de la terapia antirreflujo (21).

GAMMAGRAFIA GASTROESOFAGICA

Esta es una técnica no invasora que detecta reflujo gastroesofágico. El paciente ingiere una solución de colcoides de sulfuro de tecnecio Tc99m y se hace la gammagrafia del esófago y del estómago. La prueba de una especificidad buena, pero su sensibilidad es muy inferior a la verificación prolongada de pH, en la detección de reflujo. No sirve para determinar si los síntomas son atribuibles a reflujo (21,22).

PRUEBA DE BERNSTEIN (INFUSION DE ACIDO EN EL ESOFAGO)

Sirve para determinar si los síntomas del paciente tienen su origen en el reflujo; se emplea en la evaluación de dolor atípico y de dolor cuya respuesta ha sido incompleta a la terapia antirreflujo, es fácil de realizar en forma ambulatoria (22,56).

ENDOSCOPIA

Esta permite la visualización directa de la mucosa del esófago. Está combinada con la biopsia, es la prueba más exacta para diagnosticar la esofagitis y sus consecuencias, y sirve también para la evaluación de disfagia, estenosis observada radiográficamente, dolor atípico y dolor cuya respuesta a la terapia antirreflujo ha sido incompleta (22,56).

1.6 TRATAMIENTO

MEDIDAS MEDICAS SIMPLES

Estas constituyen las modificaciones del estilo de vida para el paciente:

- Eleva la cabecera de la cama en 15-20 cms. ó emplear una cuña.
- Evitar los alimentos grasos, picantes y Ácidos.
- Abstenerse de comer en exceso.
- No comer a la hora de acostarse.
- Adelgazar si tiene exceso de peso.
- Dejar de fumar. (23,15).

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Esta terapia farmacológica se utiliza cuando el paciente no responde adecuadamente a las medidas médicas simples, exhibe síntomas más graves ó tiene documentada esofagitis erosiva (28).

a) ANTIACIDOS:

Estos neutralizan el ácido gástrico, y se utilizan en casos leves. Dosis 15 ml. Después de las comidas.

b) BLOQUEADORES H2

Estos fármacos ocupan un lugar destacado en la terapia antirreflujo; administrados durante 6-8 semanas (24).

- RANITIDINA: Dosis 150 mgs. cada 12 horas.
- CIMETIDINA: Dosis 300 mgs. cada 6 horas.

c) BETANECOL:

Este aumenta la presión del esfínter esofágico
Dosis 25 mgs. Cada 6 horas.

d) METOCLOPRAMIDA:

Esta incrementa la presión del esfínter del esófago, y aumenta a la evacuación gástrica, dosis, 10 mgs. Cuatro veces al día (15-30 minutos antes de las comidas y a la hora de acostarse (28)).

e) SUCRALFATO:

Sustancia que produce un efecto protector local de la mucosa. Se administra en forma de suspensión acuosa. Dosis de 1 gramo cada 6 horas (14).

f) OMEPRAZOL:

Es inhibidor en gran potencia y larga acción, de la secreción gástrica de ácido. Inhibe la H⁺ K⁺ ATPasa que sirve como mecanismo transportador activo de iones de hidrógeno. Dosis única diaria de 40 miligramos (17,52).

VI. METODOLOGIA

Este estudio se realizó en El Hospital General, San Juan de Dios en los servicios de Consulta Externa de Gastroenterología y en la Emergencia de Medicina Interna durante los meses de abril-mayo de 1994, utilizando fichas clínicas de pacientes que consultaron dichos servicios en Enero a Diciembre de 1989-1993.

A) TIPO DE ESTUDIO:

Retrospectivo, descriptivo, observacional, se ha realizado varios estudios sobre cuestionarios de Síntomas gastrointestinales, los cuales difieren la enfermedad Funcional y Orgánica Digestiva; pero, todos han sido en otros países, con otros recursos y otras condiciones de vida que en su mayoría no se, parecen en nada a las condiciones de vida de nuestras poblaciones.

Además que nuestros recursos son escasos, tanto diagnósticos como de tratamiento.

B) SELECCION DEL SUJETO DE ESTUDIO

Se tomará una muestra de 104 fichas clínicas de pacientes adultos (mayores de 15 años de edad), los cuales ya fueron diagnosticados, que asistieron a la consulta externa de Gastroenterología y Emergencia de Medicina Interna con síntomas gastrointestinales.

C) Tamaño de la Muestra:

En esta investigación se tomarán 104 pacientes (fichas clínicas) de pacientes que fueron diagnosticados, en servicios de Consulta Externa de Gastroenterología y Emergencia de Medicina Interna de El Hospital General San Juan de Dios durante los años de 1989-1993. Dichas fichas se tomarán, aleatoriamente, luego se buscarán a los pacientes si es posible, si no se encuentran se tomarán los datos de las fichas clínicas.

$$\text{FORMULA: } n = \frac{Z^2}{e} (pq)$$

n: Tamaño de la muestra.

Z: Coeficiente de confiabilidad (90% = 1.645).

p: Proporción de personas con características de interés (50% = 0.5).

q: Proporción de personas sin la característica (50% = 0.5)

e: Error de estimación (8% = 0.08).

PROCEDIMIENTO:

$$n = \frac{(1.645)^2}{0.0064} \cdot (0.5)(0.5) = \frac{2.68 \times 0.25}{0.0064} = \frac{0.67}{0.0064} = 104$$

Esta muestra está en base a la revisión bibliográfica (42), encontrando que el 50% de los pacientes que fueron vistos por médicos Gastroenterólogos sufrían síntomas gastrointestinales Funcionales (0.5), esto además coincide con el valor de (p) cuando no se conoce su valor real, como es nuestro caso en el Hospital General San Juan de Dios.

D. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Se incluye a todo paciente con síntomas gastrointestinales, que sea mayor de 15 años de edad, que halla asistido a la consulta externa de gastroenterología y emergencia de Medicina Interna de El Hospital General San Juan de Dios, en el periodo de 1989-1993.

Se excluye a todo paciente que no cumpla con los criterios anteriores.

E. METODO CLINICO

(CONTESTACION DE EL CUESTIONARIO)

A los pacientes escogidos al azar, se les buscará, su historia clinica de donde se obtendrá la información para llenar el cuestionario (boleta de recoleccion de datos) orientado a problemas gastrointestinales (Anexo 1).

El cuestionario consta de 45 preguntas, de las cuales 33 son con respuesta de SI o NO, 13 son por selección múltiple y 1 pregunta es por completación. Dicho cuestionario esta dividido en tres grandes series de preguntas de la manera siguiente:

1. Características demográficas y antecedentes de el dolor que no entran en ningun criterio diagnóstico, enumeradas (preguntas de 1-8).
2. Dispepsia Funcional: son preguntas que orientan a un diagnóstico Funcional (preguntas 9-12).
3. Síndrome de Intestino Irritable: son preguntas que orientan a un diagnóstico Funcional (preguntas 9, 1, 12, 23-39).
4. Enfermedad Orgánica Digestiva: Son preguntas que orientan a un diagnóstico Orgánico (preguntas 40-44).

F. METODO DIAGNOSTICO

Todos los pacientes fueron evaluados por Médicos , Gastroenterólogos, es decir durante los años de 1989-1993, los cuales le realizaron exámenes clínicos y de laboratorio, además de procedimientos diagnósticos más adecuados según el caso del paciente.

- Hematología
- Examen de orina completo.
- Busqueda de sangre oculta en heces.
- Examen de heces completo
- Trago de Bario.
- Enema de Bario.
- Colonoscopia.

- Serie Gastrointestinal.
- Serie Gastroduodenal.
- Esófagoduodenoscopia.

Se comparará el diagnóstico obtenido por procedimientos diagnósticos y el obtenido después de calificar el cuestionario.

-Por medio de el paquete de computación EPI INFO se realizaron estadísticas, utilizando el método de análisis de regresión logística y el diagnóstico global.

G. VARIABLES A UTILIZAR

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
SEXO	No cuantificable	Condición orgánica que diferencia a hembra de macho.	-Ficha clínica. -Interrogatorio.	-Masculino -Femenino.
EDAD	Cuantificable.	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de evaluación médica.	Se incluirá todo paciente de 15 ó mas años de edad.	Años.
ESCOLARIDAD.	Cuantificable.	Nivel de estudio alcanzado.	-Ficha clínica. -Interrogatorio.	-Ninguna -No termino la primaria -Primaria, completa. -Básicos. -Nivel medio -Universitario.
OCUPACION.	No cuantificable.	Tarea en que se emplea el tiempo.	-Ficha clínica. -Interrogatorio.	-Desempleado -Empleado. -Retirado. -Trabajo de medio tiempo.
ESTADO CIVIL	No cuantificable.	Condición clase de estar casado o soltero.	-interrogatorio. -Ficha clínica.	-Casado -soltero -viudo. -separado.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Dolor Abdominal	No cuantificable.	Síntoma valorado por los pacientes, por su desagrado a nivel de "barriaga".	-Interrogatorio. -Ficha clínica.	- SI - NO
INTENSIDAD DEL DOLOR.	NO cuantificable.	Característica del dolor dada por el paciente en relación a su grado de malestar.	-Interrogatorio. -Ficha clínica.	-Leve -Moderado -Severo -Muy severo
DURACION DEL DOLOR.	Cuantificable.	Tiempo que persiste la molestia de dolor.	-Interrogatorio.	-Minutos. -Horas.
DISFAGIA	No cuantificable.	Dificultad para la ingestión de alimentos.	-Interrogatorio. -ficha clínica.	síntomas característicos.
REFLUJO GASTROESOFAGICO.	No cuantificable.	Es la actividad en la cual el contenido gástrico regresa al esófago.	-Interrogatorio. -Ficha clínica.	SI NO
ULCERA GASTRICA	No cuantificable.	Desgaste de las capas que cubren el estómago.	-Interrogatorio.	SI NO
APETITO	No cuantificable.	sensación de deseos de ingerir alimento.	-Interrogatorio. -Ficha.	-Igual -Aumentado -disminuido
FUMA	No	Acto de aspirar hacia los pulmones, humo de cigarrillo.	-Interrogatorio. -Ficha.	-SI -NO

DISPEPSIA

Es la presencia de episodios de malestar o dolor abdominal alto (epigástrico) o retroesternal, con ardor, náuseas de más de tres meses de duración, vómitos, flatulencia posprandial, u otros síntomas que se consideran vienen de el tracto intestinal proximal. El dolor puede ser intermitente o continuo sin encontrar daño estructural, bioquímico o histológico. (4,39,40)

CRITERIOS QUE SE UTILIZARAN PARA CALIFICAR EL CUESTIONARIO

SINTOMAS DE LA DISPEPSIA (Positivos para tomar a la enfermedad como dispepsia)

- Más de seis episodios de dolor el último año.
- Dolor abdominal que lo despierte (cuando duerme por la noche).
- Dolor abdominal intermitente a nivel epigástrico.
- Dolor abdominal que se presenta antes de las comidas.
- Dolor abdominal que ocurre inmediatamente después de las comidas.
- El dolor abdominal que mejora al eructar.
- El dolor abdominal que mejora al tomar antiácidos.
- El dolor abdominal que mejora al ingerir alimentos.
- El dolor que empeora al comer ciertas comidas o leche.
- El dolor que empeora al ingerir bebidas alcohólicas.
- El dolor abdominal también lo presentó cuando era niño.
- Nausea y vomitos.

SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

Consiste en síntomas gastrointestinales, inespecíficos y difusos, caracterizado por alteraciones en la defecación, dolor abdominal bajo, distensión abdominal etc. in que se encuentre daño orgánico e histológico.

SINTOMAS POSITIVOS EN SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE
(Positivos para que se tome la enfermedad como síndrome de intestino irritable).

- Más de seis episodios de dolor abdominal en el último año.
- El dolor abdominal es a nivel bajo.
- El dolor abdominal es mejorado al tener un movimiento intestinal (evacuar).
- El dolor abdominal se presenta cuando la persona está angustiada o pasa por momentos difíciles .

Presencia de movimientos intestinales cuando el paciente sufre de dolor.
El dolor abdominal provoca deseos de evacuar.
Cambian los hábitos intestinales.

Constipación (heces duras).
Diarrea (heces líquidas) o ambos.
Los pacientes se acostumbran a tomar laxantes.
Hay presencia de moco en las heces.
El paciente puede experimentar bastantes evacuaciones al día o pocas evacuaciones a la semana.
Los pacientes presentan bastantes episodios de gripe u otras enfermedades que los deprimen.
Visitan al médico más de diez veces al año.
La causa de la visita al médico es por dolor abdominal.
Interrumpen sus actividades por síntomas intestinales (dolor abdominal).

ENFERMEDAD ORGANICA DIGESTIVA

Es aquella enfermedad, que causa síntomas intestinales que sugieren daño de la estructura de los órganos (hemorragia, reflujo gastroesofágico, pérdida de peso, etc.) y que a través de los correspondientes estudios diagnósticos se confirma tal daño.

SINTOMAS POSITIVOS EN ENFERMEDAD ORGANICA DIGESTIVA

Presencia de sangre en las heces.
Ardor en el pecho (retroesternal) que mejora al tomar antiácidos.
Dificultad para tragar (disfagia).
Pérdida de peso en forma aguda.
Reflujo gastroesofágico.
El paciente presenta bastante apetito.
El paciente tiene antecedentes de Úlcera gástrica.
Antecedentes de cirugía (apendicectomía, colecistectomía, gastrostomía).
HABITOS: fumadores, alcohólicos, adictos a antiinflamatorios no esteroideos -aspirina, ibuprofen-, analgésicos panadol.

G.

RECURSOS

HUMANOS

- Médicos gastroenterólogos de el Hospital General San Juan de Dios (HGSJD).
- Médicos: asesor y revisores de tesis.
- Pacientes de gastroenterología (HGSJD).
- Coordinador docente de tesis USAC.
- Personal de bibliotecas utilizadas.
- Licenciado en Estadística (coordinador de la Unidad de Estadística Facultad de Medicina USAC).
- Programador de computadora.
- Personal de archivo de registros clínicos de (HGSJD).
- Estudiante investigador.

ECONOMICOS COSTOS Q.500.00

- 100 HOJAS DE PAPEL BOND Q. 6.00
- 104 BOLETAS EN FOTOCOPIA Q.75.00
- 60 HOJAS IMPRESAS EN
COMPUTADORA. Q.60.00
- Impresion de tesis Q.358.00

MATERIALES

- 104 Boletas de recolección de datos Cuestionario sobre síntomas gastrointestinales (fotocopias) tamaño carta.
- Lapiceros
- Computadora
- Faquete de computación Epi INFD
- 100 hojas de tamaño carta sin líneas

FISICOS

- Servicio de consulta externa de gastroenterología y emergencia de Medicina Interna HGSJDD
- Sala de archivos de HGSJDD
- Sala de computación
- Bibliotecas: INCAP, HGSJDD, H. ROOSEVELT, Facultad de Ciencias Médicas USAC.

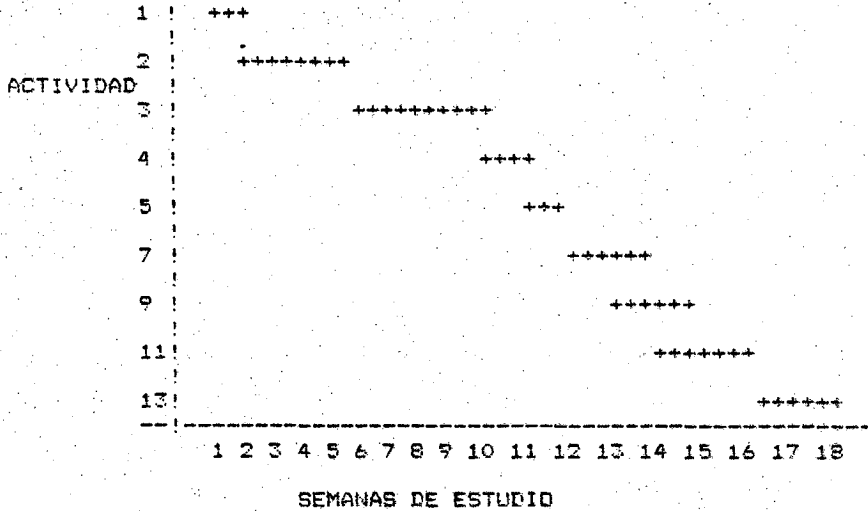
ASPECTOS ETICOS DE LA INVESTIGACION

El objetivo general de la presente investigación en adultos, es obtener información científica acerca de ellos, para desarrollar un cuerpo de conocimientos que permita el diagnóstico adecuado, en beneficio de cada paciente y de los que el futuro padezcan de tales patologías (enfermedad Funcional y Orgánica Digestiva).

Los pacientes, voluntariamente contestaron al interrogatorio realizado por el médico al realizar la historia clínica.

La información se maneja confidencialmente para evitar que el diagnóstico dado por el gastroenterólogo no se tome en cuenta al contestar el cuestionario, pero que servirá para comparar ambos diagnósticos (dado por el cuestionario y dado por los procedimientos diagnósticos).

GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES

- 1- Selección del tema del proyecto de investigación.
- 2- Elección del asesor y revisor.
- 3- Recopilación del material bibliográfico.
- 4- Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.\
- 5- aprobación del proyecto por el comite de Investigación de el Hospital General San Juan De Dios.
- 6- Aprobación del proyecto por la coordinación de tesis.
- 7- Ejecución del trabajo de campo o recopilación de la información.
- 8- Procesamiento de los datos, elaboración de tablas y gráficas.
- 9- Análisis y discusión de resultados.\
- 10- Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
- 11- Presentación del informe final para correcciones.
- 12- Aprobación del informe final.
- 13- Impresión del informe final y trámites administrativos.
- 14- Exámen público de defensa de tesis.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

Se tomó una media, aplicando, el método de inferencia estadística obteniendo los rangos máximos, mínimos para un 95% de probabilidades; se utilizó el paquete de computación EPI INFO, el cual indicó el número y porcentaje de los pacientes con enfermedad funcional y orgánica intestinal y se obtuvo el número y porcentaje de los síntomas clínicos separadamente los funcionales y los orgánicos.

Se utilizó el Método de análisis de Regresión logística, se comparó / todos los síntomas con cada característica demográfica del paciente. Para determinar que condiciones (factores de riesgo) son encontrados en nuestra población para presentar dichas enfermedades.

TABLA No. 1

REPRESENTA LA CLASIFICACION SEGUN ENFERMEDAD DIGESTIVA(FUNCIONAL U ORGANICA) DE LOS 104 PACIENTES QUE FUERON ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE 1989-1993.

ENFERMEDAD	NUMERO	FEMENINO	MASCULINO	%
FUNCIONAL DIGESTIVA	51	36	15	49
ORGANICO DIGESTIVA	53	23	30	51
TOTAL	104	59	45	100

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS (CUESTIONARIO ANEXO 1).

TABLA No. 2

REPRESENTA LA CLASIFICACION DE LOS 51 PACENTES QUE SE LES DIAGNOSTICO ENFERMEDAD FUNCIONAL DIGESTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE 1989-1993.

TIPO FUNCIONAL	SEXO				TOTAL
	FEM.	%	MASC.	%	
SII	12	67	6	33	18
DISPEPSIA	24	73	9	27	33
TOTAL	36	70	15	30	51

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS (CUESTIONARIO ANEXO 1).
 SII: Sindrome de Intestino Irritable.
 FEM: Femenino MASC: Masculino.

TABLA No. 3

PRESENTA LA CLASIFICACION DE LOS 53 PACIENTES
QUE SE LES DIAGNOSTICO ENFERMEDAD ORGANICA DIGESTIVA
EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE
1989-1993.

TIPO DE ENFERMEDAD	SEXO				TOTAL	
	FEM.	%	MASC.	%	No	%
GASTRITIS EROSIVA.	No 14	45	No 17	55	31	59.0
GASTRO-DUODENITIS.	4	44	5	56	9	17.0
ULCERA GASTRICA.	3	60	2	40	5	9.0
ULCERA DUODENAL.	0	0	3	100	3	5.6
ESOFAGITIS POR REFLUJO.	1	50	1	50	2	3.8
GASTRITIS ATROFICA.	1	33	2	67	3	5.6
TOTAL	23	43	30	56	53	100.0

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS
(CUESTIONARIO ANEXO 1).

FEM: Femenino

MASC: Masculino.

TABLA No. 4

PRESENTA LA COMPARACION ENTRE LOS DIAGNOSTICOS
 DADOS POR LA COMPUTADORA AL CALIFICAR EL CUESTIONARIO
 Y LOS DIAGNOSTICOS OBTENIDOS POR PROCEDIMIENTOS
 DIAGNOSTICOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DUARANTE 1989-1993.

#	REGISTRO	DIAG. POR COMPUTADORA	PROBABILIDAD %	TIPO ENFERMEDAD	DIAG. POR HOSPITAL.
1	466620	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. ATROF.
2	465311	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. ATROF.
3	467476	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. ATROF.
4	473248	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG. ESOFAGITIS
5	474982	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. ESOFAGITIS
6	468560	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
7	506578	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
8	473546	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
9	027822	ORGANICO	60	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
10	457090	ORGANICO	60	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
11	458158	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
12	459236	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
13	170203	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
14	345888	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
15	473283	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
16	468587	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
17	468200	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
18	474224	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
19	479418	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
20	172216	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
21	481588	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
22	476428	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
23	479935	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
24	136460	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
25	097490	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
26	498292	ORGANICO	53	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
27	486561	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
28	465369	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
29	201871	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
30	195918	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
31	493446	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
32	509666	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA
33	378668	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG. GAST. EROSIVA

34	145104	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.GAST.EROSIVA
35	3444	FUNCIONAL	56	DISPEPSIA	ORG.GAST.EROSIVA
36	345834	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.GAST.EROSIVA
37	473560	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
38	500901	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
39	075927	ORGANICO	60	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
40	497008	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
41	371443	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
42	459029	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
43	478791	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
44	482106	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
45	522330	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.GAST.DUOD.
46	476158	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG.ULC.DUOD.
47	472575	ORGANICO	82	ORGANICO	ORG.ULC.DUOD.
48	477325	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.ULC.DUOD.
49	049467	ORGANICO	53	ORGANICO	ORG.ULC.GAST.
50	9311	ORGANICO	60	ORGANICO	ORG.ULC.GAST.
51	424068	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.ULC.GAST.
52	511615	ORGANICO	73	ORGANICO	ORG.ULC.GAST.
53	246749	ORGANICO	64	ORGANICO	ORG.ULC.GAST.
54	130132	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
55	166655	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
56	253316	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
57	477328	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
58	477656	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
59	47769	FUNCIONAL	63	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
60	070308	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
61	455881	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
62	121353	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
63	124655	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
64	480363	FUNCIONAL	57	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
65	479966	FUNCIONAL	63	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
66	482001	FUNCIONAL	63	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
67	467475	FUNCIONAL	63	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
68	465516	FUNCIONAL	63	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
69	405830	FUNCIONAL	63	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
70	473012	FUNCIONAL	75	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
71	476127	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
72	469314	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
73	465838	FUNCIONAL	75	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
74	466283	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
75	449969	FUNCIONAL	75	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
76	456581	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
77	336292	FUNCIONAL	60	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
78	028074	FUNCIONAL	75	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
79	217040	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA

80	477329	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
81	8602	FUNCIONAL	81	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
82	473541	FUNCIONAL	63	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
83	406310	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
84	294699	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
85	232820	FUNCIONAL	59	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
86	461328	FUNCIONAL	69	DISPEPSIA	FUN.DISPEPSIA
87	122319	FUNCIONAL	53	SII	FUN.SII
88	372329	FUNCIONAL	59	SII	FUN.SII
89	495415	FUNCIONAL	71	SII	FUN.SII
90	372328	FUNCIONAL	71	SII	FUN.SII
91	479933	FUNCIONAL	65	SII	FUN.SII
92	143753	FUNCIONAL	65	SII	FUN.SII
93	064542	FUNCIONAL	65	SII	FUN.SII
94	416063	FUNCIONAL	88	SII	FUN.SII
95	089708	FUNCIONAL	77	SII	FUN.SII
96	601286	FUNCIONAL	65	SII	FUN.SII
97	428815	FUNCIONAL	88	SII	FUN.SII
98	512904	FUNCIONAL	65	SII	FUN.SII
99	218756	FUNCIONAL	82	SII	FUN.SII
100	467537	FUNCIONAL	82	SII	FUN.SII
101	469313	FUNCIONAL	82	SII	FUN.SII
102	27835	FUNCIONAL	77	SII	FUN.SII
103	474435	FUNCIONAL	77	SII	FUN.SII
104	247688	FUNCIONAL	77	SII	FUN.SII

=====

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS CALIFICADA POR
COMPUTADORA.

DIAG.: DIAGNOSTICO.

TABLA No. 5

RESUMEN DE LA TABLA ANTERIOR (TABLA #4) INDICANDO LA PROBABILIDAD QUE LA RESPUESTA SEA CORRECTA O QUE SEA INCORRECTA DEPENDIENDO DE LA ENFERMEDAD DIGESTIVA (FUNCIONAL U ORGANICA) DE LOS 104 PACIENTES DE EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS 1989-1993.

ENFERMEDAD	PROBABILIDAD QUE SEA CORRECTA.	PROBABILIDAD QUE SEA INCORRECTA
	%	%
ORGANICA	69.55	1.06
FUNCIONAL		
-SII	72.65	0.00
-DISPEPSIA	64.00	0.00
TOTAL	69.00	0.53

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE INFORMACION CALIFICADA POR COMPUTADORA.

SII: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

TABLA No.6

RELACION QUE EXISTE ENTRE LAS RESPUESTAS CORRECTAS E INCORRECTAS DADOS DESPUES DE CALIFICAR EL CUESTIONARIO Y EL NUMERO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDAD DIGESTIVA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1989-1993

CANTIDAD PACIENTES	DIAG.CORRECTO %	DIAG.INCORRECTO %
103	99.04	
1		0.96
TOTAL	100%	

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE INFORMACION CALIFICADA POR COMPUTADORA.

DIAG.:DIAGNOSTICO.

TABLA No. 7

PRESENTA LA EDAD DE LOS 104 PACIENTES ESTUDIADOS
Y SU RELACION CON LA ENFERMEDAD DIGESTIVA
FUNCIONAL U ORGANICA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS DURANTE 1989-1993.

ENFERMEDAD			
EDAD	FUN	ORG	Total
15	3	1	4
16	1	0	1
17	1	0	1
18	1	0	1
19	1	0	1
20	0	2	2
24	1	1	2
25	1	1	2
26	1	0	1
27	0	1	1
28	1	1	2
29	1	0	1
30	2	1	3
31	1	0	1
32	4	0	4
33	0	1	1
34	0	3	3
35	2	1	3
36	3	0	3
37	0	1	1
39	1	1	2
40	3	3	6
41	1	1	2
42	1	3	4
43	1	2	3
44	0	2	2
45	1	1	2
46	1	1	2
47	2	2	4
48	2	0	2
49	1	0	1
50	1	3	4
51	0	1	1
52	0	2	2
53	1	2	3
54	2	0	2

55	1	1	2
56	1	1	2
59	1	1	2
60	0	2	2
62	1	1	2
64	1	2	3
65	1	3	4
70	1	0	1
72	0	1	1
74	1	1	2
75	0	1	1
76	1	0	1
86	0	1	1
Total	51	53	104

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE INFORMACION
 CALIFICADA POR COMPUTADORA.
 FUN.: FUNCIONAL. ORG.: ORGANICO

TABLA No. 8

PRESENTA EL SEXO Y LA ENFERMEDAD DE LOS
 104 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL
 GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1989-1993.

ENFERMED

SEXO	FUN	ORG	Total
F	35	23	58
M	16	30	46
Total	51	53	104

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE INFORMACION
 CALIFICADA POR COMPUTADORA.
 F: FEMENINO. M: MASCULINO.
 FUN.: FUNCIONAL ORG.: ORGANICO.

TABLA No. 9

PRESENTA EL ESTADO CIVIL Y LA ENFERMEDAD DIGESTIVA DE LOS 104 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1989-1993.

ENFERMEDAD			
ESTADO CIV.	FUN	ORG	Total
CA	18	23	41
DI	1	2	3
SE	1	3	4
SO	14	11	25
UN	15	13	28
VI	2	1	3
Total	51	53	104

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE INFORMACION CALIFICADA POR COMPUTADORA.

- CA: CASADO.
- SE: SEPARADO.
- UN: UNIDO.
- FUN: FUNCIONAL.
- CIV.: CIVIL.
- DI: DIVORCIADO
- SO: SOLTERO.
- VI: VIUDO.
- ORG: ORGANICO.

TABLA No. 10

PRESENTA LA CONDICION DE EMPLEO Y LA ENFERMEDAD DIGESTIVA DE LOS 104 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1989-1993.

ENFERMEDAD			
EMPLEO	FUN	ORG	Total
DES	34	21	55
EMP	14	18	32
MED	2	6	8
RET	1	8	9
Total	51	53	104

FUENTE: BOLETAS DE RECOLECCION DE DATOS ANEXO1
 DES: DESEMPLEO. EMP: EMPLEO.
 MED: TRABAJO DE MEDIO TIEMPO. RET: RETIRADO.
 FUN: FUNCIONAL ORG: ORGANICA.

TABLA No. 11

PRESENTA EL GRADO DE ESCOLARIDAD Y LA ENFERMEDAD DIGESTIVA DE LOS 104 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1989-1993.

ENFERMEDAD			
GRAESCOL	FUN	ORG	Total
BASI	3	4	7
NING	8	12	20
NMED	6	3	9
PINC	19	16	35
PRIM	15	18	33
Total	51	53	104

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS ANEXO 1.
 -BASI: BASICOS. -NING: NINGUN GRADO
 -NMED: NIVEL MEDIO. -PINC: PRIMARIA INCOMPLETA.
 -PRIM: PRIMARIA. -GRAESCOL:GRADO ESCOLAR.

TABLA No. 12

PRESENTA LA VARIABLE DOLOR ABDOMINAL QUE SE ASOCIA AL STRESS QUE PRESENTAN LOS 104 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS 1989-1993.

DOLOR ABD.	ENFERMED		
STRESS	FUN	ORG	Total
-	0	5	5
N	16	46	62
S	35	2	37
Total	51	53	104

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS ANEXO 1
 - (-): PACIENTES QUE NO PRESENTARON DOLOR
 - (N): PACIENTES QUE NO RELACIONARON EL DOLOR Y STRESS
 - (S): PACIENTES QUE SI RELACIONARON EL DOLOR Y STRESS
 - (FUN): FUNCIONAL - (ORG): ORGANICO
 - ABD.: ABDOMINAL.

TABLA No. 13

PRESENTA LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES QUE PADECIERON
LOS 53 PACIENTES QUE SE LES DIAGNOSTICO ENFERMEDAD
ORGANICA DIGESTINA EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN
DE DIOS DURANTE 1989-1993.

SINTOMA	CANTIDAD	%
1.) PATRON INTESTINAL NORMAL.	52	98.10
2.) REFLUJO.	50	94.33
3.) TIPO DE EVACUACION NORMAL.	50	94.33
4.) NAUSEA.	49	92.45
5.) PERDIDAD DE PESO.	48	90.56
6.) ARDOR EPIGASTRICO	46	87.00
7.) DOLOR EPIGASTRICO.	46	87.00
8.) CONSULTO AL MEDICO LA ULTIMA VEZ X DOLOR.	41	77.36
9.) SANGRE EN LAS HECES.	36	68.00
10.) APETITO A AUMENTADO.	35	62.00
11.) VOMITOS.	32	60.40
12.) DOLOR DURA 120 MINUTOS.	29	55.00
13.) DEFECA POCAS VECES MES.	29	55.00
14.) DOLOR ABDOMINAL AL IN- GERIR LICOR.	27	51.00
15.) DOLOR ABDOMINAL SEVERO.	27	51.00

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS ANEXO 1
X: POR.

TABLA No. 14

PRESENTA LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES QUE PADECIERON
LOS 51 PACIENTES QUE SE LES DIAGNOSTICO ENFERMEDAD
FUNCIONAL DIGESTIVA (SII- DISPEPSIA) EN EL HOSPITAL
GENERAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE 1989-1993.

SINTOMA	SII		DISPEPSIA	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
1.) >6 EPISODIOS DE DOLOR ANUALES.....	18	100	33	100
2.) DOLOR ABDOMINAL FRECUENTE.....	18	100	33	100
3.) DOLOR ABDOMINAL:				
- BAJO.....	17	94	1	3
- EPIGASTRICO.....	0	0	32	97
4.) DOLOR ABDOMINAL SE ASOCIA CON STRESS.....	16	89	20	61
5.) CAMBIO HABITO INTESTINAL.....	16	89	0	0
6.) CONSULTO AL MEDICO POR DOLOR LA ULTIMA VEZ.....	16	89	31	94
7.) DOLOR SE ASOCIA AL DESEO DE DEFECAR.....	16	89	0	0
8.) DOLOR MEJORA DESPUES DE DEFECAR.....	15	83	0	0
9.) INTERRUNPE ACTIVIDAD POR PROBLEMAS INTESINALES....	14	78	6	18
10.) TIPO DE EVACUACIONES:				
- DURAS.....	12	67	0	0
- NORMALES.....	0	0	32	97
11.) PATRON INTESTINAL:				
- CONSTIPADO.....	12	67	0	0
- NORMAL.....	0	0	32	97
12.) DOLOR ABDOMINAL SE ASOCIA CON TOMAR LICOR....	12	67	7	21
13.) DOLOR ABDOMINAL AUMENTA LOS MOVIMIENTOS INTESTINALES..	12	67	0	0
14.) DOLOR ABD. INTERMITENTE..	11	61	32	97
15.) DOLOR ABD.DE INTENCIDAD:				
- MODERADO.....	11	61	21	67

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS ANEXO1.
>: MAYOR.

TABLA No. 15

PRESENTA LOS ANTECEDENTES Y HABITOS MAS FRECUENTES Y SU RELACION CON LA ENFERMEDAD DIGESTIVA (ORGANICA Y FUNCIONAL) DE LOS 104 PACIENTES ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS EN 1989-1993.

HABITO O ANTECEDENTE	S I I		DISPEPSIA		FUN- CIONA.	ORGANICO	
	NUMERO	%	NUMERO	%		NUMEMRO	%
- GRIPE.	2	11.1	3	9.0	8.0	0	0.0
- TOMA LAXANTES	12	67.0	0	0.0	23.5	0	0.0
- ULC. GASTRICA	1	5.5	0	0.0	2.0	25	47.2
- APENDICECTOMIA	2	11.1	4	12.1	12.0	6	11.3
- TABAQUISMO	2	11.1	1	3.0	6.0	30	56.6
- ALCOHOLISMO	3	17.0	4	12.1	14.0	29	55.0
- ANTIINFLAMATORIOS FRECUENTES	2	11.1	0	0.0	4.0	19	36.0
- ANALGESICOS CON FRECUENCIA.	1	5.5	1	3.0	4.0	4	7.5

FUENTE: BOLETA DE RECOLECCION DE DATOS ANEXO 1.

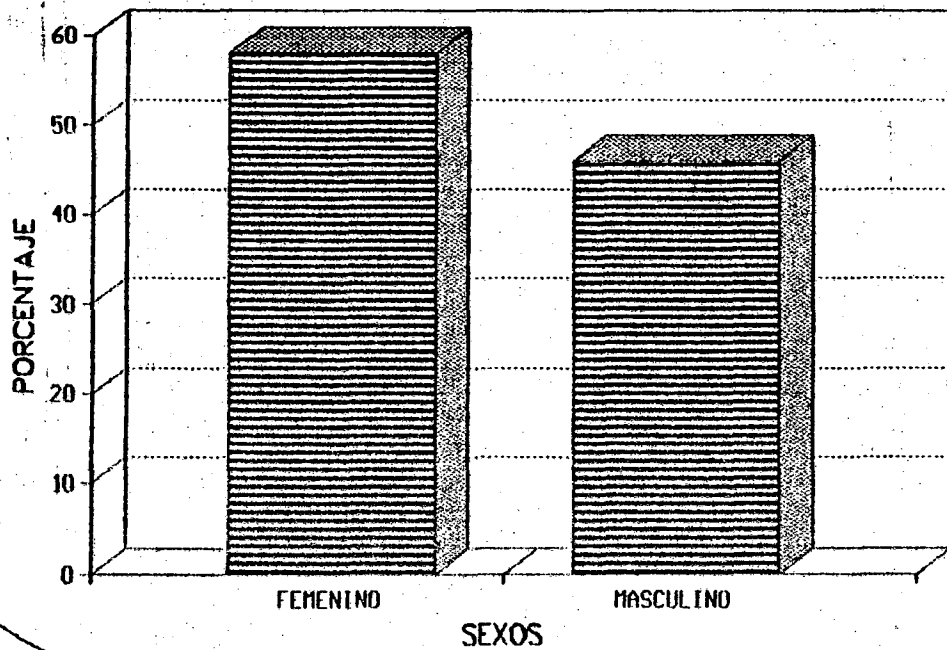
SII: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

ULC.: ULCERA.

SII: SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE.

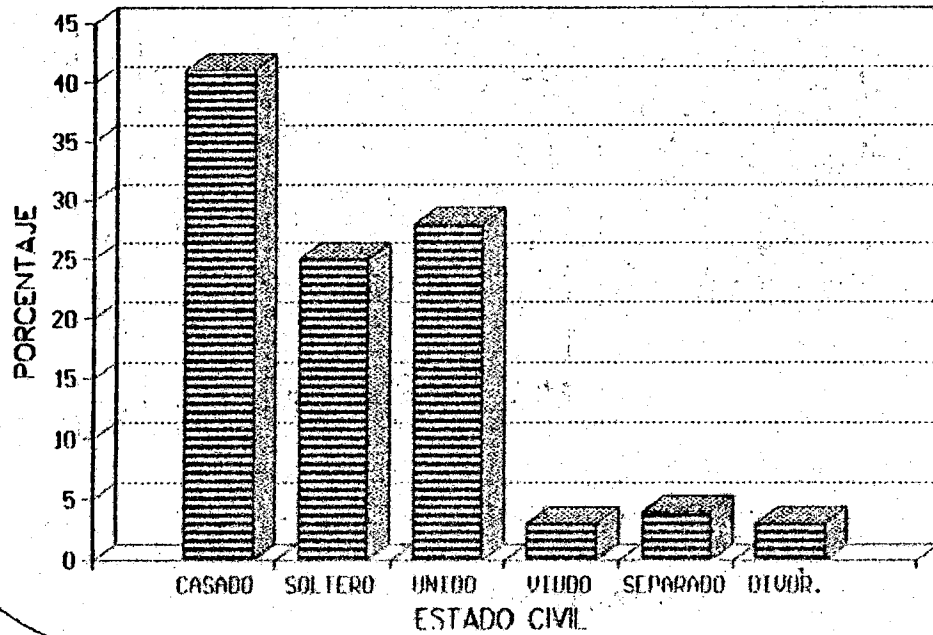
GRAFICA No. 1

SEXO DE LOS 104 PACIENTES QUE FUERON ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
DURANTE 1980 A 1985.



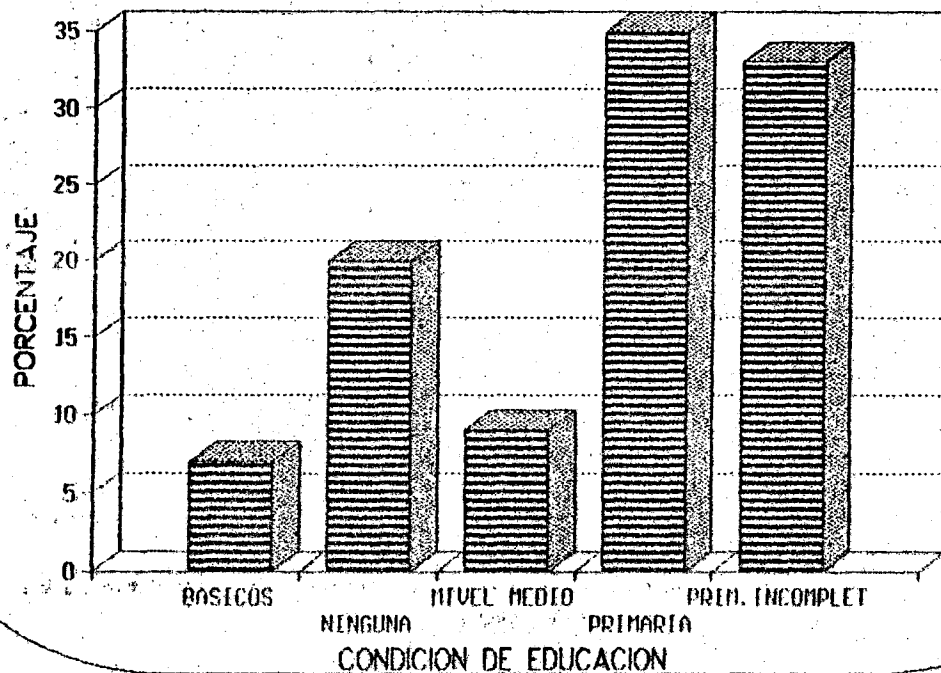
GRAFICA No. 2

ESTADO CIVIL DE LOS 104 PACIENTES QUE FUERON ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
CON ENFERMEDAD DIFTERIA DURANTE 1989 A 1993.



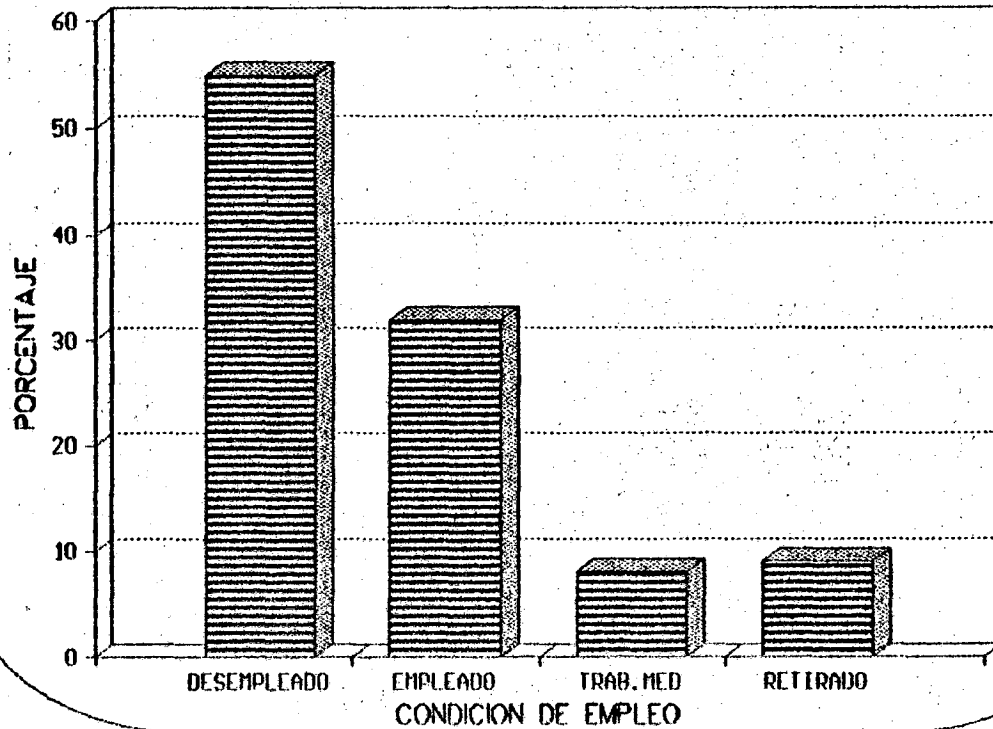
GRAFICA No. 3

ESTADO CIVIL DE LOS 104 PACIENTES QUE FUEON ESTUDIANDOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
CON ENFERMEDAD CRONICA DURANTE 1989 A 1993.



GRAFICA No. 4

CONDICION DE EMPLEO DE LOS 104 PACIENTES QUE FUERON ESTUDIADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE LOS RIOS
CON ENFERMEDAD ARTERIAL DURANTE 1988 A 1993



VIII. ANALISIS DE RESULTADOS

Se observó que, la enfermedad orgánica es la que predomina ligeramente, en el 51% de todos los pacientes y que el sexo femenino es el más afectado. Se encontró además que el 61% de las mujeres presentó enfermedad funcional y que el 45% de los hombres presentó enfermedad orgánica digestiva. (tabla #1).

Se observó que tanto en Síndrome de Intestino Irritable (SII) como en dispepsia, el sexo femenino fue el más afectado en un 70% de los pacientes. (tabla #2)

Se encontró además que la Dispepsia es el tipo de, Enfermedad Funcional que predominó en el sexo femenino y masculino. Afectando al 67% de las mujeres y al 60% de los hombres.

Se observó que en el sexo masculino es en el que predomina la enfermedad Orgánica Digestiva en el 56.6% de todos los pacientes. Posiblemente se deba a que los hombres están más expuestos a factores como tabaquismo, alcoholismo y vida estresante que las mujeres. Analizando los tipos de Enfermedad Orgánica se encontró que la gastritis Erosiva fue la más frecuente en el 58% de todos los pacientes. Que la Úlcera Duodenal fue exclusiva de los hombres en el 100% de ellos, y que en el sexo femenino únicamente predominó la Úlcera Gástrica en el 60% de ellas. (Tabla # 4).

Se observó que la probabilidad que el diagnóstico obtenido por el cuestionario da 69% que sea el correcto y que solamente el 0.53% del diagnóstico dado por el cuestionario sea incorrecto. (Tabla # 5).

Se observó que los cuestionarios fueron calificados correctamente en un 99.06% de los casos y que sólo el 0.94% de los cuestionarios orientó a Enfermedad incorrecta o sea (falso positivo). (Tabla # 6).

Se observó que en ambos grupos de Enfermedad Digestiva (Funcional-orgánica) predominó el grupo de edad de 15-44 años en un 27% para la Funcional, y para la Orgánica un 23%. El grupo de edad de 65 años y más presentaron 70% con enfermedad Orgánica. Para el análisis se describe por grupo etario. (Tabla # 7).

Se observó que la relación que hay entre el sexo de los pacientes y la enfermedad Digestiva que presentan, es más frecuente en el sexo femenino en 57% (59 casos), en comparación con el sexo masculino que se presenta en 43% (45 casos). Además se encontró que la Enfermedad Funcional se presentó más en el sexo femenino en el 61% de ellas (35 casos) que equivale al 35% de todos los pacientes. Y que la Enfermedad Orgánica predominó en el sexomasculino en el 67% de ellos (30 casos) que equivale al 29% de todos los pacientes. (Tabla # 8). (Gráfica # 1).

Lo anterior concuerda con la revisión bibliográfica (44) que indica que en las mujeres se ha visto que predomina la Enfermedad Funcional en el sub-tipo SII. Esto se sobre entiende cuando confirmamos que la funcional es mayor en mujeres Guatemaltecas, y que la enfermedad Orgánica es mayor en hombres guatemaltecos.

Se observó que el 39% de todos los pacientes son casados, el 27% son unidos y el 24% son separados. De todos los pacientes con Enfermedad Orgánica el 43% son casados y el 24% unidos.

De todos los pacientes con Enfermedad Funcional el 35% son casados, además se encontró que el 4% de ellos son divorciados; pero siendo el doble la cantidad de divorciados que tienen problemas funcional (2 casos) que los que tienen problema orgánico, siendo tan pequeña la cantidad de divorciados no se puede inferir que esa buena muestra para considerarla como factor para la enfermedad funcional, aunque en la literatura consultada (55) momentos stresantes de la vida son factores para la causa de Enfermedad Funcional. (Tabla # 9). (Gráfica # 2).

Se observó que el 53% de los pacientes (55) casos están desempleados de éstos el 87% son mujeres amas de casa y que solo el 32% de los pacientes (33 casos) están empleados.

El 40% de los pacientes con enfermedad Orgánica están desempleados.

El 67% de los pacientes con Enfermedad Funcional están desempleados.

Se comprueba que las condición que de stress se asocia a la Enfermedad Funcional, ya que el desempleo se incluye como causa de stress. (55) (Tabla # 10). (Gráfica # 4)

Se observó que los pacientes que no terminaron la primaria y los que si la terminaron igualaron en 33% cada uno (34 casos).

El 34% (18 casos) de los pacientes con enfermedad Orgánica terminaron la primaria.

El 35% (19 casos) de los pacientes que se les diagnosticó enfermedad funcional no terminaron la primaria. Esto se puede entender que el nivel de educación de nuestra población no sea elevado por las condiciones económicas de nuestro país

lo que refleja el nivel de analfabetismo de nuestros pacientes, por lo que se justifica que no hallan aparecido pacientes universitarios, y a que el (HGDJDD) cubre a una población eminentemente pobre que en su mayoría no cubre sus necesidades básicas. (Tabla # 11). (Gráfica # 3)

Se observó que el 37.5% de los pacientes asocian el dolor abdominal a momentos de stress (39 casos), de estos el 92% (36 casos) se le diagnosticó Enfermedad Funcional. En general la mayoría de los pacientes el 57.6% no relacionaron el dolor abdominal a momentos de stress. Pero hay que tomar en cuenta que los que tienen enfermedad Funcional en su mayoría si lo asociaron. (Tabla # 12).

Se observó que los síntomas frecuentes reflujo gastroesofágico en el 94.33%, seguidos; náusea 92.49%, pérdida de peso 90.56%, ardor epigástrico 87% y dolos epigástrico en el 87%. **Esto es en la Enfermedad Organica.**

NOTA: el patrón intestinal normal y el tipo de evacuaciones normales están en los primeros lugares de la tabla pero; no son síntomas sino hábitos.

Se observó que tanto en (SII) como en (Dispepsia), los dos síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal mayor de seis veces en el año y dolor abdominal frecuente en el 100% de los casos.

SII	DISPEPSIA
Bajo de peso en: 94%	Dolor epigástrico: 97%
Dolor asociado a stress: 89%	Patrón intestinal nl: 97%
Cambio hábito intestinal: 89%	Dolor intermitente: 97%

(Tabla # 14).

Se observó que los 2 hábitos que unicamente se encuentran en los pacientes con Enfermedad Funcional fueron: gripe frecuente en el 8% de los pacientes y toma de laxantes 23%.

-De los que tienen Enfermedad Funcional el 23.5% toman laxantes; ingieren licor unicamente el 14%.

SII: Laxantes 67% de ellos.

DISPEPSIA: Ingieren licor 12%.

-De los que tienen Enfermedad Organica el 56.60% de ellos tienen antecedentes de tabaquismo; y alcoholismo 55%.

IX. CONCLUSIONES

1) Según la calificación de el cuestionario se encontró que la Enfermedad Orgánica digestiva estaba en el 50% de , de los pacientes (52) casos y de la Enfermedad Funcional digestiva en el 50% (52) casos, dando un falso positivo para la Enfermedad Funcional de 0.98%.

2) En cuanto a la identificación de el tipo de Enfermedad Funcional Digestiva (SII-DISPEPSIA). SII fue 35% (18 casos) y Dispepsia 65% (33 casos).

Se concluye que en nuestra población, los pacientes que sufren Enfermedad Digestiva presentan mas riesgo de sufrir Enfermedad Funcional de tipo Dispepsia.

3) Lo concerniente a determinar cual es la Enfermedad Digestiva que se presenta con mas frecuencia, se obtuvieron los siguientes resultados: Que la Enfermedad Funcional mas frecuente es la Dispepsia con el 65% de éstos pacientes, y que la Enfermedad Orgánica más frecuente fue la Gastritis Erosiva con el 58% de éstos pacientes. Se concluye que:

- La Dispepsia afecta al 32% de la población con Enfermedad digestiva.
- La gastritis Erosiva afecta al 30% de la población con enfermedad Digestiva.
- La Enfermedad Orgánica Digestiva afecta al 51% de nuestra población con Enfermedad Digestiva; no siendo grande la incidencia en nuestra población, igual para ambos grupos de enfermedad.

4) Los resultados obtenidos después de calificar el cuestionario con computadora (Paquete EPI INFO) y comparar el diagnóstico obtenido y el diagnóstico realizado en el Hospital se encontró que el cuestionario orienta a (99.04%) de los diagnósticos de forma correcta, fallando solamente en 1 diagnóstico (0.96%). Además que el promedio de probabilidad que en el futuro el cuestionario de un diagnóstico correcto es de 69% y un diagnóstico incorrecto de 0.53%.

Se concluye que el cuestionario es confiable para obtener el diagnóstico correcto.

5) En cuanto al sexo de los pacientes guatemaltecos con Enfermedad Digestiva se encontró que las mujeres con Enfermedad Funcional fueron el 35%, los hombres con Enfermedad Orgánica fueron: 29% .

Se concluye que en las mujeres es más frecuente la Enfermedad Funcional 70% de ellas, y que en los hombres es más frecuente la Enfermedad Orgánica 56.6% de ellos.

6) En cuanto a la edad de los pacientes se encontró que el 70% de los pacientes que son mayores de 65 años de edad, predomina la enfermedad Orgánica digestiva; y que el 54% de los pacientes comprendidos entre 15-44 años de edad padecen Enfermedad Funcional. Se concluye que entre más edad de los pacientes los problemas digestivos son de tipo Orgánico y que en los adultos jóvenes hasta la cuarta década de la vida son similares las posibilidades tanto de padecer Enfermedad Orgánica como Funcional.

7) En relación al estado civil de los pacientes se encontró que: La Enfermedad Orgánica en los pacientes casados se presentó en el 43% , La Enfermedad Funcional en los pacientes casados fue el 35% , en los divorciados con problema funcional fue 4%. Se concluye que en nuestra población no se observa un predominio claro que la condición Estado Civil se relaciona con el tipo de Enfermedad Digestiva.

8) En cuanto al Empleo de los pacientes se encontró que: El 40% de los pacientes con Enfermedad Orgánica están desempleados; el 67% de los pacientes con Enfermedad Funcional están desempleados; el 33% de todos los pacientes están desempleados y tienen Enfermedad Funcional; el 20% de todos los pacientes están desempleados y tienen Enfermedad Funcional Digestiva.

9) En cuanto al Nivel de Educación de los pacientes se encontró que: El 17% de los que terminaron la primaria tienen enfermedad Orgánica; el 17% de los pacientes no termino la primaria y tienen Enfermedad Funcional; el 67% de los pacientes que estudiaron Nivel Medio presentó Enfermedad Funcional. Se concluye que al aumentar el nivel de educación de los pacientes aumenta la probabilidad que la Enfermedad Digestiva , sea Funcional.

10) En lo concerniente al dolor abdominal y su relación al Stress en los pacientes con Enfermedad Digestiva, se encontró que : el 92% de los pacientes que asocian el dolor abdominal al stress presentaron Enfermedad Funcional; por lo que se , concluye que el stress aumenta la posibilidad de presentar el dolor abdominal especialmente en los pacientes con Enfermedad Funcional Digestiva.

11) En cuanto a los síntomas de los pacientes con Enfermedad Digestiva se encontró que: en la Enfermedad Orgánica , los síntomas son: Reflujo Gastro-esofágico en 94% ; Nausea en 92.45% ; Perdida de peso 90.56% ; Ardor Epigástrico y dolor Epigástrico 87% cada uno. En los pacientes con Enfermedad Funcional se encontró: Dolor abdominal relacionado con Stress en 92% ; Dolor abdominal frecuente 100% ; además que los pa-

pacientes que relacionan el dolor abdominal como la causa de consta al Médico.

12) Al observar los hábitos y antecedentes patológicos de de los pacientes encontramos: como conclusión que: el alcoholismo se encontró en 55% y el tabaquismo 53.6% por lo que se ostinó que son los dos factores de riesgo en los pacientes con Enfermedad Orgánica digestiva.

En los pacientes con Enfermedad Funcional sus hábitos intestinales (constipación) se presentó en el 23% de ellos; y antecedentes de gripe frecuente en 8%, que puede ser consecuencia de la vida stressante que influye en el estado de ánimo y autoestima.

X. RECOMENDACIONES

AL DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y GASTROENTEROLOGÍA
DE EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

- Implementar en la Consulta Externa de Medicina Interna, la realización de El Cuestionario sobre Enfermedades Gastro-intestinales, con el fin de llegar al diagnóstico de los pacientes con problema digestivo sin pérdida de tiempo, dinero, y recursos tanto humanos como físicos que podrían ser utilizados en otros pacientes.
- Implementar en los pacientes a los que El Cuestionario Diagnóstico Enfermedad Orgánica un seguimiento individual, mediante procedimientos diagnósticos que se han ahorrado en los pacientes con Enfermedad Funcional. Además un seguimiento colectivo para la realización de un plan educacional que oriente al paciente sobre los factores que lo condujeron a dicho problema.
- Implementar conjuntamente con el Departamento de Psicología de la Consulta Externa un programa, taller de relajación para todos los pacientes a los que se les diagnostique Enfermedad Funcional por su relación con la condición de stress de el paciente.

AL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL CONSULTA EXTERNA
DE EL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.

- Implementar reuniones mensuales de los pacientes con diagnóstico de Enfermedad Orgánica con hábitos de alcoholismo y tabaquismo para concientizarlos y así disminuir los efectos que de ellos se deriven, después de charlas con expertos (Alcohólicos Anónimos AA), psicólogos etc.

A MEDICOS EN GENERAL

- No subestimar la gravedad de los pacientes con Enfermedad Funcional ni descuidarse de ellos porque puede ser un estado preliminar de la Enfermedad Orgánica.

XI.

RESUMEN

El estudio presentado titulado "CRITERIOS DE DISCRIMINACION ENTRE ENFERMEDAD FUNCIONAL Y ORGANICA DIGESTIVA"; fue , realizado de forma retrospectiva, descriptiva, observacional, durante los meses de abril-mayo de 1994, incluyendo un total de 104 pacientes de La Consulta Externa Gastroenterología y Emergencia de Medicina interna vistos en El Hospital General San Juan de Dios durante el periodo de 1989-1993. Con el objetivo de diagnosticar Enfermedad Funcional y Orgánica digestiva a través de un Cuestionario llenado al interrogar al paciente ó de acuerdo a la ficha clínica cuando no se localizó al paciente.

Luego de calificar el cuestionario con computadora con el paquete EPI INFO , se encontró que el cuestionario nos da un 99.06% de diagnósticos correctos y unicamente un 0.94% de diagnósticos incorrectos, y para estudios futuros nos da una probabilidad de 69% que el diagnóstico sea correcto y un 0.53% que sea incorrecto. Además se encontró que la Enfermedad Funcional se asocia a las mujeres en 61%, en casados 35%, viudos 4% , desempleados 67%, al stress 92%, profesión de nivel medio 12%. Mientras que los pacientes con Enfermedad Orgánica son hombres 65%, mayores de 65 años 70% , casados 43%, terminaron la primaria el 34%, alcoholicos 55%, fumadores 57% por lo que se concluye que se podrán disminuir costos, tiempo y ansiedad de los pacientes con Enfermedad Funcional mediante la utilización de el cuestionario.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Alpera D.H. Functional Gastrointestinal Disorders. HOSPITAL PRACTICE. April 1983 Pags. 139-153
2. Baldi F.et.al. Esophageal function before, during and after healing of erosive Esophagitis. GUT. Vol. 29 No. 2 1988. Pags. 157-60
3. Barish CF et.al. Respiratory complications of gastro-esophageal reflux. ARCH. INTERN. MED. Vol 145 No 10 1985. Pags. 1992-8.
4. Colin D.S et.al Management of Dyspepsia: Report of a working Party. THE LANCET, March 1988. Pags 576-79.
5. Cristensen J. et.al. Pathophysiology of the irritable bowell syndrome. THE LANCET Vol 340 Dec. 1992 Pags. 1444-51.
6. Dodds WJ. The Pathogenesis of gastroesophageal reflux disease. AJR. Vol 151 o 1 año de 1988 Pags 49-56.
7. Donald M.S. et.al. What The Gastroenterologist Does all day. GASTROENTEROLOGY Vol 70. 1976 Pags 1048-50
8. Drossman D.A. et.al Psychosocial factors in the Irritable bowell syndrome. GASTROENTEROLOGY VOL 95 1989 pags. 701-8.
9. Drossman D.A. et.al Bowell Patterns Among Subjects not Seeking Healt Care. GASTROENTEROLOGY VOL 83 1982 pags.829-34.
10. Drossman D.A. Irritable Bowell Syndrome: A Multifactorial Disorder. HOSPITAL PRACTICE Septiembre 1988 Pags.119-33.
11. Fiedoreck S.C et.al The Role of Helicobacter Pylori in Recurrent. Functional Abdominal Pain in Children. AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY Vol 87 No 3 1992 Pags 347-49.
12. Preston J.W et.al Chronic Abdominal Pain Functional or organica. HOSPITAL PRACTICE September 30, 1985 Pags.35-60.

13. Greenberg R.E et.al The Prevalence of Helicobacter pylori in Nonulcer Dyspepsia. ARCH. INTERN. MED. Vol 150 October 1990. Pags. 2053-55.
14. Hemeeteman W. et.al. Sucralfate versus cimetidine in reflux esophagitis: a single-blind multicenter study.

JOURNAL CLIN. GASTROENTEROL. Vol 9 No 4 1987 Pags 390-4.
15. Hamilton JW. et, al. Sleeping on a wedge diminishes exposure of the esophagus to reflux acid. Dig. Dis Sci vol 33 (5) 1988 pags 518-22.
16. Hanley J.A et.al. The Meaning and use of the area under a receiver Operating Characteristic (roc) curve. RADIOLOGY VOL 143 1982 PAGES. 29-36.
17. Hatzel DI.et.al. Healing and relapse of severe peptic esophagitis after treatment with omeprazole.GASTROENTEROLOGY VOL 96. No.4 1988 pags. 903-12.
18. Helm JF. et.al. Salivary response to esophageal acid in normal subjects and patients with reflux esophagitis. GASTROENTEROLOGY Vol. 93 No 6 1987 pags. 1393-7.
19. Holloway RH et.al Gastric distention as a mechanism for postprandial gastroesophageal reflux.GASTROENTEROLOGY VOL. 89 0 4 1985 PAGES.779-84.
20. Huizinga J.D.et.al Electrophysiology of human Colon motility in Health an disease. CLINICAL IN GASTROENTEROLOGY Vol 15 1986 Pags. 879-99.
21. Jamieson GG.et.al.Pathogenetic Mechanisms Associated With Gastroesophageal reflux disease. WD. Saunders 1988 pags.19 45.
22. Jenkins AF. et.al Gastroesophageal Scintigraphy. Is it a sensitive screening test for gastroesophageal reflux disease. CLIN. GASTROENTEROL. Vol 7 No 2 1985 pags 127-31.
23. Joffe J.R et.al Functional Disorders in the Elderly HOSPITAL PRACTICE June 1976 pags 93-102.
24. Koelz HR.et.al Healing and relapse of reflux esophagitis during tratmen with ranitidine. GASTROENTEROLOGY Vol 91 No 5 1986 pags 1199-205.

25. Kruis W. et.al Diagnostic Score for the irritable bowel syndrome its value in the exclusion of organic disease GASTROENTEROLOGY Vol 87 1984 pags. 1-7.
26. Kruis W. et.al A diagnostic score for the irritable bowel syndrome.GASTROENTEROLOGY Vol 87 pagas.1-7.
27. Kumar D. et.al Abnormal REM sleep in the irritable bowel syndrome.GASTROENTEROLOGY Vol 103 1992 pagas.12-17.
28. Lieberman DA. et.al Treatment of severe reflux esofagitis with cimetidine and metoclopramide. ANN. INTERN.MED Vol 104 No 1 1986 pags. 21-6-
29. Low DE. et.al Gastricesophageal flap valve: a cadaver study documenting its importance as an antireflux mechanism. GASTROENTEROLOGY Vol 94 No 5 1988 pagina. 270.
30. Mendizabel Francisco. Introduccion a la estadistica. COMO USAR EPI INF. capitulo dos pagina 25 (En investigacion). 1994.
31. Michael C. Organic basis for symptoms in functional gastrointestinal disease. MAYO CLINIC Vol 63 1988, pags. 1256-7.
32. Mittal RK.et.al Characteristics and frequency of transient relaxations of the lower esophageal sphincter in patients with reflux esophagitis. GASTROENTEROLOGY Vol 95 No. 3 1988 pags. 597-9.
33. Ott. DJ et.al Current status of radiology in evaluating for gastroesophageal reflux disease. J.CLIN. GASTROENTEROLOGY Vol 4 1982 August. Pags 345-75.
34. Read N.W et.al Defecation and the Pathophysiology of constipation. CLIN. GASTROENTEROLOGY Vol 98 1990.pags. 927 959.
35. Schmidt. M. et.al Food hipersensitivity and the irritable bowell syndrome. THE AMERICAN JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY Vol 87 No 1 1992 pags. 18.
36. Smith R.C. et.al Psychosocial factors are associated with halth care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. GASTROENTEROLOGY Vol 98 1990 pags. 293-301

37. Spechler SJ.et.al Barrett's esophagus. N. ENGL. J MED. Vol. 315 No 6 1986 page. 361-71.
38. Strauss R.M.et.al Association of helicobacter pylori infection with dyspeptic symptoms in patients undergoing Gastroduodenoscopy. The Bowel disease questionnaire. Mayo CLINIC Vol 65 1990 page. 1456-1479.
39. Talley N.J et.al Prevalence of gastrointestinal symptoms in the elderly.A population-based study. Gastroenterology vol 102 1992 page. 895-901.
40. Talley N.J. et.al Assessment of Functional Gastrointestinal disease. The bowel disease questionnaire. MAYO CLINIC Vol. 65 1990 page. 1457-1479.
41. TALLEY N.J et.al Dyspepsia And Dyspepsia subgroups: A population-based study. GASTROENTEROLOGY Vol 102 1992. page. 1259-1268.
42. Talley N.J . et.al A patient questionnaire to identify bowel disease. ANN. INTERN.MED. VOL 111 1989 page. 671-4.
43. Talley N.J . et.al A Questionnaire for functional bowel disorders. ANN. INTERNAL MEDICINE vol 111 No 6 1989 October page. 627-629.
44. Talley N.J. et.al. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. GUT Vol 31 1990. page 77-81.
45. Talley N.J. et.al . A scoring system for diagnosing irritable bowel; Digestive Diseases And Sciences vol. 37 No 2 February 1992. page 161-163.
46. Talley N.J.et.al . Discriminant value of dyspeptic symptoms: GUT Vol 28 1987 page. 40-46.
47. Thanik K.D. et.al. Reflux esophagitis: effect of oral bethanechol on symptoms and endoscopic findings.ANN. INTERN MED. Vol 93 No 6 1980 page. 805-8.
48. Thompson WG. et.al Irritable bowel syndrome prevalence prognosis and consequence. CAN.MED. ASSOC. J. vol 134 No 2 1996 page. 111-113.
49. Thompson WG. et.al Functional bowel disorders in apparently healthy people. GASTROENTEROLOGY Vol 79 1980 page. 283-88.

50. Thompson W.G. et.al Gastrointestinal symptoms in the irritable bowel compared with peptic ulcer and inflammatory bowel disease. GUT Vol 25 1984 pags. 1089-1092.
51. Tsuchiyose G.A et.al Mucosal sensitivity to acid nonulcer dyspepsia. Un patients with nonulcer dyspepsia. GASTROENTEROLOGY Vol 102 No 1 1992. pags. 376-377.
52. Vantrappen B,et.al Omeprazole (40) mgs. is superior to ulcerative reflux esophagitis. DIG.DIS.SCI. Vol 33 No 5 1988 pags. 523-9.
53. Whitehead W.E. et.al. Learned illness bowel syndrome and peptic ulcer. DIG.DIS.SCI. Vol 27 No 3 1982 pags. 201-8.
54. Whitehead W.E. et.al. Symptoms of psychologic distress associated with irritable bowel syndrome. GASTROENTEROLOGY Vol 95 1989 pags. 709-14.
55. Whitehead W.E.et.al Effects of stressful life events on bowel symptoms. Subjects with without bowel dysfunction. GUT. Vol 33 1992 pags. 825-30.
56. Winnan G.R.et.al. Interpretation of the bernstein test: a reappraisal of criteria. ANN. INTERN. MED. Vol 96 No 3 1982 pags. 320-2.

XIII.

ANEXOS

- Anexo 1
- Anexo 2

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOBRE ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES

- 1) No. de historia clinica: _____
 - 2) - EDAD: _____ años.
- SEXO: Femenino: _____ Masculino: _____
 - 3) ESTADO CIVIL:
a) casado _____ b) soltero _____ c) Unido _____
d) Divorciado _____ e) Separado _____ f) viudo _____
 - 4) En que condición de trabajo se encuentra usted?
a) Empleado _____ b) Desempleado _____
c) Retirado _____ d) Trabajo de medio tiempo _____
 - 5) Por favor indique su escolaridad?
a) Ninguna _____ b) No termino la primaria _____
c) Nivel medio _____ d) Básicos _____
e) Primaria completa _____ f) Título Universitario _____
 - 6) Ha tenido usted dolor abdominal en el ultimo año?
a) SI _____ b) NO _____
Si la respuesta es SI pase a la pregunta No 7.
Si la respuesta es NO pase a la pregunta No 21.
 - 7) Como es la intensidad de su dolor abdominal?
a) Leve: se puede ignorar _____
b) Moderado: no pasa desapercivido _____
c) Severo: Afecta su estilo de vida _____
d) Muy severo: afecta marcadamente su estilo de vida _____
 - 8) Cuantos tiempo dura usualmente el dolor?
a) Menos de 30 minutos _____ b) 30 minutos a 2 horas _____
c) 2 horas a 6 horas _____ d) Mas de 6 horas _____
- N.O.T.A: Seguidamente se preguntará una serie orientada a diagnosticar Enfermedad Funcional Digestiva.
- SERIE DE DISPEPSIA (ENFERMEDAD FUNCIONAL)
- 9) Sus episodios de dolor han sido más de 6 en el último año?
a) SI _____ b) NO _____
 - 10) El dolor abdominal siempre aparece durante duerme o cuando tiene sueño?
a) SI _____ b) NO _____

- 11) El dolor es intermitente? El dolor periodicamente consta de periodos de al menos 1 mes sin dolor y periodos de , semanas a meses con el dolor?
a) SI___ b) NO___
- 12) Cuantas veces sufrió el dolor abdominal el ultimo año?
a) Menos de 1 vez al mes___ b) Una vez al mes___
c) Una vez a la semana___ d) Varias veces por semana___
e) A diario___
- 13) El dolor se presenta a menudo antes de las comidas o al tener hambre?
a) SI___ b) NO___
- 14) El dolor a menudo ocurre inmediatamente después de las comidas?. (menos de 30 minutos después).
a) SI___ b) NO___
- 15) El dolor a menudo ocurre de 30 minutos a 2 horas después de las comidas?
a) SI___ b) NO___
- 16) El dolor a menudo mejora al eructar?
a) SI___ b) NO___
- 17) Se produce a menudo mejoría del dolor cuando se ingieren alimentos?
a) SI___ b) NO___
- 18) El dolor a menudo se mejora al tomar antiácidos?
a) SI___ b) NO___ c) Nunca ha tomado antiácidos___
- 19) El dolor a menudo empeora al ingerir comidas o leche?
a) SI___ b) NO___
- 20) El dolor a menudo empeora al ingerir bebidas alcohólicas?
a) SI___ b) NO___ c) No ingiere bebidas alcohólicas___
- 21) Responda las siguientes preguntas con SI ó NO:
a) Nausea: SI___ NO___ b) Vómitos: SI___ NO___
b) Tiene antecedentes de dolor cuando niño: SI___ NO___
- 22) El dolor abdominal se presenta a nivel alto (epigástrico)?
a) SI___ b) NO___

SERIE SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE (ENFERMEDAD FUNCIONAL)

Si no ha tenido dolor pase a la pregunta No. 29.

N O T A: En ésta serie se incluye las preguntas 9 y 12.

- 23) El dolor abdominal se presenta a nivel bajo?
a) SI ___ b) NO ___
- 24) Se produce a menudo mejoría del dolor al tener un movimiento intestinal (al tener evacuaciones)?
a) SI ___ b) NO ___
- 25) El dolor abdominal se presenta a menudo cuando usted está angustiado ó pasa por un momento difícil?
a) SI ___ b) NO ___
- 26) Usted ha menudo ha notado más movimientos intestinales cuando presenta el dolor abdominal?
a) SI ___ b) NO ___
- 27) Ha notado usted que cuando tiene el dolor a menudo le produce deseos de evacuar?
a) SI ___ b) NO ___
- 28) Han cambiado sus hábitos intestinales durante el último año?
a) SI ___ b) NO ___
- 29) Como describe usted su patrón intestinal en el último año?
a) Constipación ___ b) Diarrea ___ c) Normal ___
d) Alternado constipación y diarrea ___
- 30) Toma usted (Laxantes, fibra, afrecho) porque sufre de constipación?
a) SI ___ b) NO ___
- 31) Ha visto usted moco en sus evacuaciones en el último año?
a) SI ___ b) NO ___
- 32) Ha menudo tiene infrecuentes movimientos intestinales (menos de 3 evacuaciones a la semana)?
a) SI ___ b) NO ___
- 33) Ha menudo tiene más de tres movimientos intestinales (evacuaciones) al día?
a) SI ___ b) NO ___
- 34) Cual es la consistencia de sus evacuaciones?
a) Blandas o líquidas ___
b) Duras ___ c) Normales ___

- 35) Ha presentado bastantes episodios de gripe en el ultimo año? a) SI ___ b) NO ___
- 36) Cuántas veces visitó a su Médico el ultimo año
a) Ninguna ___ b) 1-2 veces ___ c) 3-5 veces ___
d) 6-10 veces ___ e) Más de 10 veces ___
- 37) La causa de visita al Médico el último año fue por presentar dolor abdominal?
a) SI ___ b) NO ___
- 38) Han sido interrumpidas sus actividades en el último año por problemas intestinales?
a) SI ___ b) NO ___
- 39) Han sido interrumpidas sus actividades en el último año por problemas o dolores estomacales?
a) SI ___ b) NO ___

N O T A: Seguidamente se preguntará una serie orientada a diagnosticar Enfermedad Orgánica Digestiva.

- 40) Ha visto la presencia de sangre en sus heces o en el sanitario en el ultimo año?
a) SI ___ b) NO ___

41) Responda. Que síntomas ha presentado el último año que se nombran a continuación?

- a) Ardor en el pecho (retroesternal): SI ___ NO ___
b) Dificultad para tragar (disfagia): SI ___ NO ___
c) Pérdida de peso en el último año: SI ___ NO ___
d) Reflujo de líquidos ácidos o amargos hacia la boca? SI ___ NO ___

Si tiene ardor en el pecho pase a la pregunta No 42
Si NO tiene ardor en el pecho pase a la No 43

- 42) Ha notado usted que el ardor mejora al tomar antiácido?
a) SI ___ b) NO ___
- 43) Como está su apetito en comparación al año pasado?
a) IGUAL ___ b) AUMENTADO ___ c) DISMINUIDO ___
- 44) Responda con SI ó NO las siguientes preguntas:
a) Ha padecido de úlcera gástrica: SI ___ NO ___
b) Le han operado el apéndice : SI ___ NO ___
c) Le han quitado la vesícula biliar SI ___ NO ___
d) Ha sido operado del estómago? SI ___ NO ___
- 45) Responda las siguientes preguntas con SI ó NO .
a) Fuma: SI ___ NO ___ b) Ingiere mucho licor: SI ___ NO ___
c) Toma muchas aspirinas: SI ___ NO ___
d) Toma analgésicos con frecuencia : SI ___ NO ___