

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

**“CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA, CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE PACIENTES
ADULTOS SOMETIDOS A ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR”**

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad de Gastroenterología del Hospital
General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, -IGSS-

enero 2012 a diciembre 2014

Tesis

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

Ana Miriam Chávez Bocanegra

Médico y Cirujano

Guatemala, octubre de 2015

El infrascrito Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala hace constar que:

La estudiante:

Ana Miriam Chávez Bocanegra 200614636

Cumplieron con los requisitos solicitados por esta Facultad previo a optar al Título de Médico y Cirujano en el grado de licenciatura, y habiendo presentado el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA, CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad e Gastroenterología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, -IGSS-

enero 2012 a diciembre 2014

Trabajo asesorado por el Dr. Manuel Antonio Gatica Figueroa y revisado por el Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos, quienes avalan y firman conformes. Por lo anterior, se emite, firma y sella la presente:

ORDEN DE IMPRESIÓN

En la Ciudad de Guatemala, a los veintidós días de octubre del dos mil quince


DR. MARIO HERRERA CASTELLANOS
DECANO



El infrascrito Coordinador de la Coordinación de Trabajos de Graduación de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, hace constar que la estudiante:

Ana Miriam Chávez Bocanegra 200614636

Presentó el trabajo de graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA, CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE PACIENTES ADULTOS SOMETIDOS A ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, -IGSS-

enero 2012 a diciembre 2014

El cual ha sido revisado por el Dr. José Pablo de León Linares y, al establecer que cumple con los requisitos exigidos por esta Coordinación, se le autoriza continuar con los trámites correspondientes para someterse al Examen General Público. Dado en la Ciudad de Guatemala el veintidós de octubre del dos mil quince.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Dr. César Oswaldo García García
Coordinador

 **USAC**
TRICENTENARIA
Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas
Coordinación de Trabajos de Graduación
COORDINADOR

Guatemala, 22 de octubre del 2015

Doctor
César Oswaldo García García
Coordinación de Trabajos de Graduación
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad de San Carlos de Guatemala
Presente

Dr. García:

Le informo que YO:

Ana Miriam Chávez Bocanegra



Presenté el informe final del Trabajo de Graduación titulado:

"CARACTERIZACIÓN BIOLÓGICA, CLÍNICA Y ENDOSCÓPICA DE PACIENTES
ADULTOS SOMETIDOS A ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL SUPERIOR"

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en la Unidad de Gastroenterología del Hospital
General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, -IGSS-

enero 2012 a diciembre 2014

Del cual como asesor y revisor nos responsabilizamos por la metodología,
confiabilidad y validez de los datos, así como de los resultados obtenidos
y de la pertinencia de las conclusiones y recomendaciones propuestas.



Asesor

Dr. Manuel Antonio Gatica Figueroa
Firma y sello

Revisor

Dr. Paul Antulio Chinchilla Santos

Firma y sello

Reg. de personal

20100191

Dr. Manuel Antonio Gatica Figueroa
MEDICO Y CIRUJANO
COL, 7,352

Paul Antulio Chinchilla Santos
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado 3154

De la responsabilidad del trabajo de graduación:

El autor o autores es o son los únicos responsables de la originalidad, validez científica, de los conceptos y de las opiniones expresadas en el contenido del trabajo de graduación. Su aprobación en manera alguna implica responsabilidad para la Coordinación de Trabajos de Graduación, la Facultad de Ciencias Médicas y para la Universidad de San Carlos de Guatemala. Si se llegara a determinar y comprobar que se incurrió en el delito de plagio u otro tipo de fraude, el trabajo de graduación será anulado y el autor o autores deberá o deberán someterse a las medidas legales y disciplinarias correspondientes, tanto de la Facultad, de la Universidad y otras instancias competentes.

DEDICATORIA

A Dios Padre por haberme permitido llegar hasta este punto, por haberme dado la fortaleza y confianza para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad.

A mis padres Mario y Elvia, por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica como de la vida.

A mi hermano Mario, por creer en mí y apoyarme en todo momento.

A Inés, Amanda y Marisa por demostrarme que la amistad existe.

A Byron y Betty por demostrarme que es posible lo que una vez creí imposible.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características biológicas, clínicas y endoscópicas de pacientes adultos a quienes se les realizó endoscopia gastrointestinal superior en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social del 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2014.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal, realizado mediante revisión sistemática de 318 expedientes clínicos. **RESULTADOS:** La media de edad fue de 58 ± 18 años, el 57% de sexo masculino. Hallazgos clínicos: se observó que 162 (37%) pacientes presentaron hemorragia gastrointestinal superior, 103 (24.06%) dolor abdominal, 29 (6.77%) disfagia, 26 (6.07%) náuseas y vómitos, 13 (3.03%) regurgitación, 6 (1.40%) pirosis. Antecedentes: 31 (9.48%) alcoholismo, 29 (8.86%) uso de antiinflamatorios no esteroideos, 1 (0.30%) tabaquismo. Indicación de endoscopia: 268 (84.28%) procedimientos diagnósticos y 50 (15.72%) terapéuticos. Diagnósticos realizados: gastritis (aguda y crónica) 167 (52.51%), candidiasis esofágica 10 (3.14%), hernia hiatal 28 (8.88%), duodenitis erosiva 31 (9.74%), estrechez esofágica 7 (2.20%), esofagitis 22 (6.91%), neoplasia de esófago 10 (3.14%), neoplasia gástrica 22 (6.91%) y endoscopias normales 37 (11.63%). Prueba Clotest: se realizaron 49 (15.4%), de las cuales 40 (81.6%) fueron negativas para *Helicobacter pylori*. **CONCLUSIONES:** La mayoría de los sujetos sometidos a endoscopia gastrointestinal superior son de sexo masculino; los hallazgos clínicos más frecuentes son la hemorragia gastrointestinal superior, el dolor abdominal y la presencia de náuseas y vómitos; la principal indicación de realización del procedimiento es diagnóstica; los diagnósticos más prevalentes en la población son la gastritis, várices esofágicas y úlceras gástricas/duodenales, los que son más prevalentes en el sexo masculino. Se encontró una baja prevalencia de *H. pylori* en la población estudiada.

Palabras clave: Endoscopia, Clínica, Indicación

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVOS.....	3
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1 Contextualización del área de estudio.....	5
3.1.1 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.....	5
3.1.2 Hospital de Enfermedades.....	5
3.2 Conceptos de importancia.....	5
3.2.1 Endoscopia gastrointestinal superior.....	5
3.2.2 Edad.....	6
3.2.3 Sexo.....	6
3.3 Antecedentes clínicos principales de riesgo de patología gastrointestinal superior.....	6
3.3.1 Tabaquismo.....	6
3.3.2 Alcoholismo.....	7
3.3.3 Exposición a medicamentos.....	8
3.3.4 Estrés.....	8
3.3.5 Otros factores asociados.....	8
3.4 Hallazgos clínicos sugerentes de patología gastrointestinal superior.....	9
3.4.1 Dolor abdominal.....	9
3.4.2 Pirosis.....	10
3.4.3 Odinofagia.....	10
3.4.4 Dolor torácico no cardíaco.....	11
3.4.5 Regurgitación.....	11
3.4.6 Náuseas y vómitos.....	11
3.4.7 Disfagia.....	12
3.4.8 Dispepsia funcional.....	13
3.4.9 Hemorragia gastrointestinal superior.....	14
3.5 Hallazgos endoscópicos indicadores de patología gastrointestinal superior.....	16
3.5.1 Enfermedad por reflujo gastroesofágico.....	17
3.5.2 Acalasia.....	20
3.5.3 Esofagitis por cándida.....	20
3.5.4 Hernia hiatal.....	20

3.5.5 Gastritis.....	21
3.5.5.1 Gastritis aguda.....	21
3.5.5.2 Gastritis crónica.....	21
3.5.6 Úlcera Péptica.....	22
3.5.7 Varices esofágicas.....	23
3.5.8 Esófago de Barrett.....	24
3.5.9 Lesión de Dielaufoy.....	25
3.5.10 Desgarro de Mallory Weiss.....	26
3.5.11 Obstrucción esofágica aguda.....	26
3.5.12 Obstrucción del orificio de salida gástrico.....	26
3.5.13 Enfermedad de Menetrier.....	27
3.6 Hallazgos por biopsia.....	27
3.6.1 Infección por Helicobacter Pylori.....	27
3.6.2 Neoplasias.....	28
3.6.2.1 Carcinoma de esófago.....	28
3.6.2.2 Carcinoma gástrico.....	29
4. POBLACIÓN Y MÉTODOS.....	33
4.1 Tipo y diseño de la investigación.....	33
4.2 Unidad de análisis.....	33
4.2.1 Unidad primaria de muestreo.....	33
4.2.2 Unidad de análisis.....	33
4.2.3 Unidad de información.....	33
4.3 Población y muestra.....	34
4.3.1 Población.....	34
4.3.2 Marco muestral.....	34
4.3.3 Muestra.....	34
4.4 Criterios de selección.....	35
4.5 Medición de las variables.....	36
4.5.1 Variables a estudiar.....	36
4.5.2 Definición conceptual.....	36
4.5.3 Definición operacional.....	36
4.5.4 Tipo de variable.....	36
4.5.5 Escala de medición.....	36
4.5.6 Criterios de clasificación.....	36
4.6 Técnicas, procedimientos e instrumentos en la recolección de datos.....	39
4.6.1 Técnicas de recolección de datos.....	39

4.6.2 Instrumentos de recolección de datos.....	40
4.7 Procesamiento de datos.....	40
4.7.1 Procesamiento.....	40
4.7.2 Análisis de datos.....	41
4.8 Obstáculos de la investigación.....	42
4.8.1 Obstáculos.....	42
4.8.2 Alcances.....	42
4.9 Aspectos éticos de la investigación.....	42
5.9.1 Principios éticos generales.....	42
5.9.2 Categorías de riesgo.....	43
5. RESULTADOS.....	45
6. DISCUSIÓN.....	51
7. CONCLUSIONES.....	55
8. RECOMENDACIONES.....	57
9. APORTES.....	59
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61
11. ANEXOS.....	65

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades en la vía gastrointestinal superior son muy comunes hoy en día, sobre todo como consecuencia de una mala alimentación y malos hábitos de vida. Las personas con estos padecimientos generalmente no suelen darse cuenta hasta que el trastorno o la enfermedad están avanzados, es decir cuando la enfermedad o trastorno necesitan de intervención médica o incluso quirúrgica. ⁽¹⁾

La palabra endoscopia significa literalmente “mirar al interior”. La endoscopia superior permite examinar el recubrimiento de la parte superior del tracto gastrointestinal, que incluye el esófago, estómago y el duodeno. Esta técnica permite la visualización del interior de un órgano hueco o una cavidad corporal, introduciéndolo mediante un agujero natural o una pequeña incisión quirúrgica. ^(1,2)

La endoscopia superior ayuda a evaluar los síntomas de dolor abdominal superior, náuseas, vómitos o dificultad para tragar que aparecen en forma persistente. Es la prueba de elección para encontrar la causa de la hemorragia gastrointestinal superior. Además se puede utilizar la endoscopia superior para obtener biopsias, la cual ayudará a distinguir entre tejidos benignos y malignos. También es utilizada para realizar pequeños procedimientos como dilatar zonas estenosadas, extracción de pólipos o tratar el sangrado. ⁽²⁻⁴⁾

Para confirmar una patología del aparato gastrointestinal superior en los pacientes adultos que consultan a una unidad hospitalaria, es necesario el uso de la endoscopia, ya que muchas veces el aparato gastrointestinal se ve expuesto a diversas noxas que pueden poner en riesgo la vida de estos pacientes.⁽¹⁾ Por lo cual se plantea la presente investigación para conocer el motivo de consulta que conlleve a la realización de un procedimiento endoscópico superior, estableciendo a la vez los hallazgos endoscópicos los cuales son la causa del problema de cada uno de los casos.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características biológicas, clínicas y endoscópicas de pacientes adultos a quienes se les realizó endoscopia gastrointestinal superior en la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante el 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 2.2.1 Describir las características biológicas de los pacientes según: sexo y edad.
- 2.2.2 Identificar las características clínicas según: hallazgos clínicos, indicación de realización de procedimiento y antecedentes.
- 2.2.3 Identificar las características endoscópicas según: diagnóstico y realización de Prueba de Clotest.
- 2.2.4 Determinar la prevalencia de los diagnósticos realizados mediante endoscopia gastrointestinal superior.
- 2.2.5 Determinar la prevalencia de *Helicobacter pylori* diagnosticada mediante Prueba de Clotest.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Contextualización del área de estudio

3.1.1 Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Es una institución estatal autónoma, con un reglamento interno propio, pagada por los trabajadores afiliados, el sector empresarial y el gobierno. Su principal función es el de velar por el interés del sector laboral. Su objetivo primordial, es el de dar protección a toda la población del país, a base de una contribución proporcional a los ingresos de cada uno y de la distribución de beneficios a cada contribuyente o a sus familiares que dependen económicamente de él. ⁽²⁾

3.1.2 Hospital de Enfermedades

Es el hospital con mayor envergadura con que cuenta el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social para brindar servicios médicos también es el de mayor resolución a nivel institucional y el de mayor aceptación de referencias realizadas por otras unidades para la resolución y atención de casos médicos. Su mayor servicio lo presta a nivel de tratamiento de casos que requieren hospitalización médica, así cuenta con servicio de atención de urgencias médicas pediátricas y en adultos, el cual está abierto las 24 horas, los 365 días del año. Este hospital cuenta con una unidad de cuidado crítico, unidad de cuidados intermedios y encamamiento de adultos, cuenta con especialistas en las ramas de medicina general, endocrinología, medicina interna, gastroenterología, neurología, dermatología, cardiología, reumatología, nefrología, cirugía general y sus especialidades.

⁽²⁾

3.2 Conceptos de importancia

3.2.1 Endoscopia de vía superior

La endoscopía es un procedimiento médico que utiliza un sistema óptico para poder ver el interior del tubo digestivo; permite establecer un diagnóstico, pronóstico del paciente y, en la mayoría de los casos, se convierte en una exploración terapéutica de eficacia demostrada, reduciendo la estancia hospitalaria y mejorando la supervivencia. ^(4, 5)

Se denomina gastroscopia cuando se estudia el tubo digestivo superior. La endoscopía se considera un procedimiento mínimamente invasivo y es utilizada en muchos

procedimientos, está indicada como prueba complementaria en el proceso diagnóstico de problemas del tubo digestivo: tumores, malformaciones, pólipos, hemorragias, reflujo gastroesofágico, sospecha de úlcera gástrica o duodenal, problemas de mal absorción o mala digestión de los alimentos. La endoscopia permite la toma de biopsias de las úlceras gástricas para descartar malignidad, así como la determinación de *Helicobacter pylori*.⁽⁶⁾ Con la endoscopia podemos confirmar un diagnóstico pero no está exenta de riesgos y complicaciones, por lo que debe considerarse individualmente en cada paciente.

(2,3)

3.2.2 Edad

La edad es el tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento.^(6,7) se ha observado que trastornos como la enfermedad por reflujo gastroesofágico aumenta a partir de los 50 a 60 años lo que genera una mayor frecuencia de esofagitis, después de los 70 años hay una disminución de la prevalencia.⁽⁶⁾ El Esófago de Barrett se encuentra en mayor frecuencia en personas mayores de 50 años. ^(8,9)

3.2.3 Sexo

En materia de biología, el sexo se refiere a aquella condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer. ⁽⁷⁾ Esta característica ejerce una influencia evidente a nivel gastrointestinal, en el sexo masculino abundan las neoplasias del labio y lengua, esófago y estomago; gastritis; úlcera gástrica o duodenal. En mujeres la litiasis biliar, ictericia obstructiva extrahepática, dispepsias distónicas. ⁽³⁾

3.3 Antecedentes clínicos principales factores de riesgo de patología gastrointestinal superior

3.3.1 Tabaquismo

El tabaquismo es una enfermedad crónica que se caracteriza por ser una drogodependencia: la nicotina, principio activo del tabaco, es una droga adictiva y como tal tiene las características de otras drogas: tolerancia, dependencia física y psicológica. La adicción a la nicotina obliga a los fumadores a mantener el consumo de tabaco y, de esta forma, suprimir o evitar los síntomas derivados del descenso de los niveles de

nicotina en el organismo (síntomas de privación). Esto genera que las personas pierdan la libertad de decidir y se vean obligadas a mantener y aumentar progresivamente su consumo, el humo que respiran los fumadores activos y pasivos contiene más de 4.000 sustancias con propiedades tóxicas, irritantes, mutágenos y carcinogénicas que van produciendo un efecto acumulativo que conduce a enfermedades. Algunas de ellas, las menos graves, se pueden presentar tempranamente; las más graves toman tiempo y se manifiestan después de 10 a 15 años de estar fumando. Aunque los datos no son concluyentes, algunas aproximaciones apuntan que esta adicción se asocia a una mayor presencia de síntomas como pirosis y regurgitación causantes de esofagitis grave. También parece haber diferencia entre exfumadores y fumadores activos a favor de estos últimos a la hora de padecer enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE). Sin embargo dejar de fumar no parece que disminuya la exposición al ácido del esófago. La aparición de esófago de Barrett en enfermos con ERGE podría verse favorecida por el consumo de tabaco. Clásicamente se ha descrito al tabaco como una condición favorecedora de tumores de esófago.⁽⁶⁾

3.3.2 Alcoholismo

Es una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales. La Organización Mundial de la Salud define el alcoholismo como “la ingestión diaria de alcohol superior a 50 gramos en la mujer y 70 gramos en el hombre”, esto equivale a una copa de licor o un combinado tiene aproximadamente 40 gramos de alcohol, un cuarto de litro de vino 30 gramos y un cuarto de litro de cerveza 15 gramos. El alcoholismo parece ser producido por la combinación de diversos factores fisiológicos, psicológicos y genéticos. Se caracteriza por una dependencia emocional y a veces orgánica del alcohol, y produce un daño cerebral progresivo y finalmente la muerte.⁽²⁾

La ingesta de alcohol en grandes cantidades estimula la secreción ácida, relaja el tono del esfínter esofágico inferior y disminuye el peristaltismo y el vaciamiento gástrico; esto también ocurre para dosis menores. Además actuaría a través de una acción local como agente agresor de la mucosa y sensibilizante al daño esofágico. Estudios epidemiológicos han encontrado asociación entre enfermedad por reflujo gastroesofágico y alcohol, aunque otros análisis no apreciaron diferencias significativas entre bebedores y no bebedores. En todo caso, un consumo de más de 170 gr de alcohol por semana aumenta el riesgo de neoplasia escamosa esofágica, sobre todo si a ello se añade el tabaco.^(2, 3,6)

3.3.3 Consumo crónico de medicamentos

Se han relacionado sobre todo con episodios de enfermedad por reflujo gastroesofágico de corta duración y poca cronicidad. Sin embargo, la principal actuación de estos fármacos en el tracto digestivo superior es sobre la mucosa gastroduodenal, favoreciendo la formación de erosiones o úlceras. En concreto, el consumo de ácido acetilsalicílico y otros antiinflamatorios no esteroideos podría reducir el tono del esfínter esofágico inferior y se han asociado con la aparición de erosiones esofágicas o con el desarrollo de estenosis, aunque es un tema controvertido; su relación directa con una mayor incidencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico clínica es también objeto de discusión. Varios autores concuerdan que estos fármacos podrían incluso proteger frente al adenocarcinoma esofágico. ^(2,6)

3.3.4 Estrés

El estrés se define como una reacción fisiológica que tiene como finalidad actuar en defensa de factores amenazantes.⁽⁷⁾ Este estrés puede ser tanto físico como emocional. Dentro de las enfermedades que se encuentran estrechamente relacionadas con el estrés se encuentran: la gastritis, las úlceras, la colitis, el síndrome de colon irritable, el reflujo gastroesofágico y el estreñimiento. ⁽²⁾ La relación entre la gastritis, las úlceras y el estrés, radica en la producción aumentada de ácido que se observa en estas situaciones. ⁽⁷⁾

3.3.5 Otros factores asociados

Entre otros posibles factores de riesgo aunque no tan comunes se encuentran: a infección por *Helicobacter pylori* causa de gastritis crónica.⁽²⁾ La hernia de hiato es otro factor de riesgo identificable por endoscopia que derivaría en una mayor exposición esofágica al ácido, con más episodios de reflujo y mayor frecuencia e intensidad de esofagitis.⁽⁶⁾

La obesidad también podría ser considerada como un factor de riesgo para la enfermedad por reflujo gastroesofágico ya que favorece la existencia de hernia de hiato, aumenta la presión abdominal y las relajaciones transitorias del esfínter. ^(2,6)

3.4 Hallazgos clínicos sugerentes de patología gastrointestinal superior

En la sociedad guatemalteca debido a los bajos niveles educativos existe la predisposición a ciertos factores de riesgo como el uso indiscriminado y no controlado de antiinflamatorios no esteroideos, alcoholismo crónico así como la infección crónica más frecuente en la especie humana, *Helicobacter pylori* agente causal de la gastritis aguda y crónica activa, condición frecuente en extensas áreas del mundo como es América Latina, donde puede comprometer hasta el 70% de la población.⁽³⁾ Estos agentes son los principales causantes de patología gastrointestinal en la que la identificación de varios signos y síntomas son vitales para llegar a un diagnóstico correcto, los datos del interrogatorio pueden servir de base para un diagnóstico provisional en más de 80% de los enfermos. ⁽²⁾

Los síntomas más comunes en tal región incluyen dolor abdominal, pirosis, náusea y vómito, alteración de la defecación y hemorragia gastrointestinal. Otros signos son disfagia, anorexia, reducción de peso, fatiga y manifestaciones extra intestinales; ⁽³⁾ los síntomas y signos principales indicadores de patología gastrointestinal se describen a continuación.

3.4.1 Dolor abdominal

El dolor abdominal es un síntoma poco preciso que puede ser indicador de múltiples patologías gastrointestinales. Entre las enfermedades inflamatorias frecuentes que tienen al dolor abdominal como componente se encuentran: inflamación peritoneal, obstrucción mecánica de víscera hueca, pancreatitis aguda y crónica, dolor por úlcera péptica o esofagitis por reflujo, trastornos vasculares, distensión de superficies viscerales (cápsula hepática o renal), dolor que se origina en la pared abdominal, cavidad pelviana y retro peritoneo.^(10,11)

El dolor abdominal cuando es visceral por lo común se localiza en la línea media y su carácter es impreciso, en tanto que el dolor parietal está delimitado y preciso, según la descripción del enfermo. ⁽²⁾ El dolor parietal tanto como el dolor visceral tienen características propias de cada uno lo cual se describen a continuación:

Tabla 1
Características del dolor abdominal

CARACTERÍSTICAS	DOLOR DE CARÁCTER PARIETAL	DOLOR DE CARÁCTER VISCERAL
Origen	Estimulación de las terminaciones nerviosas parietales	Cuando la inflamación o irritación no ha alcanzado el peritoneo parietal y la pared abdominal
Vía de transmisión	Nervios sensitivos somáticos	El dolor es transmitido por las fibras del sistema simpático
Caracterización	Circunscrito al área de irritación	Dolor difuso, no bien localizado y mal delimitado (compromete una zona amplia)
Ubicación	Depende de la ubicación original	Tiende a ubicarse en la línea media independiente el origen

Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

3.4.2 Pirosis

La pirosis o agruras es una sensación quemante retro esternal que puede ascender y descender como una ola. ⁽¹⁰⁾Afecta de manera intermitente por lo menos a 40% de la población. ⁽⁸⁾Cuando es intensa se irradia hacia los lados del tórax, el cuello y el ángulo de la mandíbula. Es un síntoma característico de la esofagitis por reflujo y puede asociarse a regurgitación o a una sensación de líquido caliente que sube hasta la boca. Se agrava al inclinarse hacia delante, al estirarse o al acostarse y empeora después de las comidas. Se alivia con la postura erecta, tragando saliva o agua y principalmente al tomar antiácidos. La causa es debido a una mayor hipersensibilidad de la mucosa esofágica según estudios en pacientes que mostraron una exposición normal al ácido. ^(5,10)

La pirosis debe ser considerada como el dato más característico, selectivo e incluso definitorio del reflujo gastroesofágico. ^(6,11)

3.4.3 Odinofagia

La odinofagia, o deglución dolorosa, es característica de esofagitis no asociada a reflujo (en particular no ileal), especialmente la debida a virus del herpes o comprimidos.

También se presenta en caso de úlcera péptica del esófago (Úlcera de Barrett) ^(12,13), carcinoma con afección peri esofágica, lesión cáustica del esófago o perforación de éste. Es rara en la esofagitis por reflujo no complicada. Es preciso diferenciar la odinofagia del cólico causado por impacción de un bolo alimenticio. ⁽²⁾

3.4.4 Dolor torácico no cardiaco

El dolor torácico de origen esofágico que se parece al dolor cardiaco se denomina dolor torácico no cardiaco o dolor torácico atípico. Este dolor es diferente a la pirosis o a la odinofagia, y puede presentarse en el reflujo gastroesofágico o en los trastornos de la motilidad esofágica como el espasmo esofágico difuso.⁽¹⁴⁾ El dolor torácico debido a la afección periesofágica por carcinoma o úlcera péptica es constante y agonizante. ^(6,15)En ocasiones, diferentes tipos de dolor esofágico se presentan en forma concomitante en el mismo paciente, y a menudo los enfermos no pueden describir con precisión suficiente el dolor, por lo que no es posible clasificarlo. La causa esofágica más frecuente de dolor torácico es la esofagitis por reflujo.⁽¹⁶⁾

3.4.5 Regurgitación

La regurgitación es el retorno espontáneo y sin esfuerzo del contenido gástrico o esofágico a la boca. ⁽²⁾En la obstrucción esofágica distal con estasis, como la secundaria a acalasia o a un divertículo grande, el material regurgitado consiste en un líquido mucoso insípido o en alimentos no digeridos.^(15,17) La regurgitación de un material amargo o ácido se observa en el reflujo gastroesofágico grave y se asocia con incompetencia de ambos esfínteres esofágicos. La regurgitación produce tos crónica, laringitis y aspiración laríngea, con accesos de tos y asfixia que pueden despertar al paciente mientras duerme. Puede ocasionar neumonía por broncoaspiración. En algunos enfermos la regurgitación y la rumia representan un problema de conducta. La pirosis es una hipersecreción salival refleja que ocurre en respuesta a la esofagitis tóxica y no debe confundirse con regurgitación.^(2,11)

3.4.6 Náusea y vómito.

Se llama náusea a la sensación subjetiva de la necesidad de vomitar. El vómito (emesis) consiste en la expulsión por la boca del contenido de la porción superior del tubo digestivo por efecto de la contracción de los músculos de éste y de la pared toracoabdominal.^(2,11)

La náusea y el vómito se deben a trastornos que ocurren dentro y fuera del tubo digestivo, así como a fármacos y toxinas circulantes. El vómito es un fenómeno coordinado por el tronco encefálico, y que ocurre por mediación de las respuestas neuromusculares en intestinos, faringe y pared toracoabdominal. No se conocen en detalle los mecanismos que explican la náusea, pero posiblemente comprenden factores de la corteza encefálica, porque tal situación exige la participación de la percepción consciente. La anamnesis ayuda a identificar la causa de náusea y vómito no explicados.⁽²⁾ Los dos signos en cuestión son causados por enfermedades GI como la gastritis, úlcera sangrante, Esófago de Barrett; también medicamentos, toxinas, infecciones agudas y crónicas.^(2,17,18) La obstrucción visceral y la inflamación de las vísceras huecas o macizas producen vómito como síntoma principal. ⁽²⁾

3.4.7 Disfagia

La disfagia se define como una sensación de obstrucción o "adherencia" del alimento a su paso por la boca, la faringe o el esófago ⁽²⁾, o dicho en palabras más sencillas es la dificultad para deglutir. ⁽³⁾ Existen dos grandes categorías de trastornos que originan disfagia: mecánicos y neuromusculares. La dificultad exclusiva para deglutir sólidos sugiere un trastorno mecánico, mientras que la aflicción para deglutir tanto líquidos como sólidos sugiere un trastorno neuromuscular.^(2,6) Una disfagia rápidamente progresiva obliga a pensar en una lesión expansiva que causa estenosis; una disfagia episódica asociada con alimentos sólidos sugiere la existencia de un estrechamiento fijo y no progresivo.^(10,19) La disfagia mecánica puede dividirse por la causa ya sea intrínsecas o extrínsecas, las principales que se han encontrado son:

Tabla 2
Causas de disfagia mecánica

Intrínsecas	Extrínsecas
<ul style="list-style-type: none"> • Estenosis péptica benigna • Carcinoma • Anillo esofágico inferior • Tumor benigno • Lesión por cáustico • Divertículo de Zenker 	<ul style="list-style-type: none"> • Tumores malignos • Tiroides retro esternal • Compresión vascular

Fuente: Afecciones digestivas más frecuentes en el anciano. 2010. Santiago de Cuba. 20 enero 2010.

3.4.8 Dispepsia funcional

Condición clínica caracterizada por la ocurrencia de síntomas atribuibles a los segmentos más proximales del tracto gastrointestinal, lo cual se observa en pacientes que no presentan evidencia de enfermedad orgánica del tubo digestivo ⁽¹⁾La dispepsia en sentido amplio sería la sensación de malestar digestivo alto en un paciente no estudiado durante al menos 4 semanas ⁽⁵⁾, mientras que se catalogaría como dispepsia funcional cuando hay evaluaciones sistemáticas negativas, básicamente una endoscopia sin hallazgos relevantes.⁽⁶⁾La dispepsia es una molestia urente en el abdomen superior que puede ser provocada por diversos procesos como reflujo gastroesofágico, úlcera péptica y "dispepsia no ulcerosa", una categoría heterogénea en la que se incluyen trastornos de la motilidad, la sensibilidad y la somatización. Los pacientes con dispepsia a menudo acuden al médico, por temor a un cáncer. Sin embargo, menos de 2% de los casos se deben a un tumor maligno gastroesofágico. ⁽²⁾Una anamnesis cuidadosa permite realizar un diagnóstico diferencial exacto de dispepsia sólo a la mitad de los pacientes.⁽⁶⁾

En diversos estudios se ha encontrado que el 25% de la población muestra síntomas dispépticos, como mínimo seis veces al año, pero sólo 10 a 20% de ese grupo acude al médico. Se encuentra que la dispepsia de tipo funcional es la causa de síntomas en 60% de los dispépticos. ⁽²⁾ La mayoría de quienes la padecen tienen una evolución benigna, pero un pequeño número que tienen infección por *Helicobacter pylori* y consumen antiinflamatorios no esteroideos evolucionan hasta mostrar úlcera. ^(2,12)Se ha determinado que aproximadamente entre 10 y 20% de los usuarios de AINES presentan dispepsia ^(11,20), lo que en muchas ocasiones requiere la administración de otros medicamentos para aliviarla, pero de gran importancia son las complicaciones mayores como el sangrado digestivo y las perforaciones ulcerosas.

La endoscopia de vías altas se realiza como el método de diagnóstico inicial en personas con dispepsia no explicada, que tienen más de 55 años de edad, factores de "alarma" ante el alto riesgo de cánceres y úlceras en tales grupos. ⁽³⁾En el resto, la endoscopia puede ser un instrumento diagnóstico útil, en especial en los pacientes cuyos síntomas no se alivian con tratamiento sintomático empírico.^(8,10)

3.4.9 Hemorragia gastrointestinal superior

Sangrado digestivo alto (SDA) o hemorragia digestiva alta (HDA) es toda pérdida hemática de cantidad suficiente como para producir hematemesis, melena o ambas, cuyo origen se encuentra entre el esfínter esofágico superior y el ángulo de Treitz.^(20,21)

Es una de las urgencias médicas más frecuentes siendo responsable de unas 300,000 hospitalizaciones en Europa.⁽³⁾ En Estados Unidos y en Europa la incidencia anual de hospitalizaciones por pérdida oculta de sangre en las vías digestivas altas es cercana a 0.1%, la mortalidad oscila entre un 5 y un 20%, en los pacientes menores de 60 años que no padecen neoplasias malignas ni insuficiencia funcional de ningún órgano, la mortalidad es menor al 1%^(2,3), variando en función de diferentes factores, especialmente la cantidad del sangrado, su origen, la edad del paciente y otras patologías asociadas,⁽³⁾ las cuales pueden mostrarse en porcentaje en la Tabla 3.

Tabla 3
PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD POR
HEMORRAGIA DIGESTIVA VÍA SUPERIOR

CAUSA DE MORTALIDAD	%
Várices esofágicas	26 %
Úlcera gástrica	4 %
Úlcera Duodenal	2 %
Mallory Weiss	0 %
Esofagitis	4 %
Lesiones agudas	1.8 %

Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

Además un órgano vecino puede verter su contenido hemático al tracto digestivo por conductos naturales (árbol biliar) o patológicos (fístulas espontáneas, traumáticas o quirúrgicas) en el tramo limitado por los dos puntos referidos.^(8, 15,21)

La causa de la hemorragia digestiva alta en general se identifica en el 80 % de los enfermos⁽³⁾, las úlceras pépticas son la causa más frecuente, y explican incluso 50% de los casos, en promedio; una proporción cada vez mayor proviene del consumo de antiinflamatorios no esteroideos en tanto que ha disminuido la prevalencia de ataque de

Helicobacter pylori. ⁽²⁾ Las principales patologías causantes de hemorragia digestiva alta en su orden de frecuencia se encuentran:

Tabla 4
Origen de hemorragia en pacientes hospitalizados por hemorragia digestiva alta

Origen de la hemorragia	Proporción de pacientes
Úlceras	31 – 59
Várices	7 – 20
Desgarros de Mallory - Weiss	4 – 8
Erosiones gastroduodenales	2 – 7
Esofagitis erosiva	1 – 13
Neoplasias	2 – 7
Ectasias vasculares	0 – 6
Causa no identificada	8 – 14

Fuente: Harrison Medicina Interna. 2012. España. 2011

Desde tiempos remotos se conoce a la hemorragia digestiva alta como un síndrome potencialmente mortal que aparece como complicación de múltiples enfermedades digestivas y sistémicas. Este constituye un reto diagnóstico y terapéutico para el médico que lo enfrenta. ^(2,3,13) Actualmente este se ha convertido en un problema de salud a darle de importancia ya que según estudios más de 45% de los pacientes que sangran tienen más de 60 años, por lo que se relaciona con otras afecciones frecuentes en esa edad y que pueden influir desfavorablemente en la evolución de estos enfermos.⁽¹¹⁾

Existen además otras razones de índole general que se pueden exponer: principalmente a partir de los 50 años de edad comienzan a aparecer, con mayor frecuencia, lesiones premalignas y malignas del tubo digestivo potencialmente sangrantes y pueden causar

episodios de hemorragia, ⁽¹⁵⁾ las principales patologías de riesgo para hemorragia gastrointestinal superior se presentan en la Tabla No. 5.

Tabla 5
Patologías de riesgo de hemorragia gastrointestinal superior

Grupos de riesgo	Causa
Bajo riesgo	Malloy – Weiss; esofagitis; lesiones agudas
Riesgo medio	Úlcera péptica
Alto riesgo	Varices esofágicas; origen no determinado, es decir no encontrar la causa

Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

En el adulto mayor, la alta incidencia de enfermedades osteoarticulares y cardiovasculares que favorecen la ingestión de medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos haciendo frecuente la enfermedad péptica en los mismos. ^(1,22,23) Los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, café y tabaco, contribuyen al desarrollo de lesiones ulcerosas sobre la mucosa del tracto digestivo superior. Se debe realizar endoscopia para corroborar clínica y realizar el diagnóstico adecuado. ⁽²⁾

Los recientes avances en el tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva alta, así como el tratamiento erradicador del *Helicobacter pylori*, han mejorado notablemente el pronóstico de los pacientes, y en consecuencia, la evolución clínica; pero ha sido contrarrestado por el envejecimiento de la población y el elevado número de personas que ingieren en la actualidad antiinflamatorios no esteroideos (AINES). ⁽¹³⁾

3.5 Hallazgos endoscópicos sugestivos de patología de la vía gastrointestinal superior

La patología del tracto digestivo superior es muy amplia; una de las molestias más frecuentes, por las que acuden los pacientes a los servicios de gastroenterología es la

dispepsia; ésta llega a porcentajes muy elevados en una población aparentemente sana, dicha molestia en la actualidad tiene una definición imprecisa y se refiere a un grupo de síntomas del tracto digestivo alto y que puede ser manifestación de organicidad o no.^(4,5,20)

Entre las patologías frecuente son la gastritis crónica en un 68% de las endoscopías realizadas; algunos autores proponen que ésta patología es resultado del envejecimiento de la mucosa gástrica. La enfermedad ulcero péptica es una patología en la que la mayoría de los autores coinciden que su prevalencia es alrededor del 10% ^(2,10) y la edad más frecuente de presentación de la úlcera duodenal es de 30 – 50 años, mientras que la gástrica es de 40 – 60 años y que existen diversos factores asociados como el uso de ácido acetil salicílico, anti inflamatorio no esteroideos, estados hiper-secretorios y últimamente se considera como factor injuriante al *Helicobacter pylori* ⁽⁶⁾. El cáncer gástrico es una enfermedad potencialmente letal, por eso la importancia de un diagnóstico oportuno en fases tempranas de la enfermedad; ésta es una patología de pacientes de edad avanzada en que la literatura reporta una edad promedio de 63 años; se encuentra relacionado con la distribución geográfica, llegando a frecuencias tan altas como 80 por cada cien mil habitantes mayores de 45 años en el Japón; en nuestro país es de 5 al 8 por cada cien mil habitantes de la población general.^(15,24) Las patologías según la literatura que con más frecuencia son diagnosticadas serán descritas a continuación.

3.5.1 Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)

Es la causa de defectos de la barrera antirreflujo, hay disminución del aclaramiento esofágico, con alteración de la resistencia esofágica y alteraciones en el vaciamiento gástrico. ^(2,16)

La enfermedad por reflujo gastroesofágico prevalece en la sociedad del hemisferio occidental. Se sabe que 40% de los estadounidenses señalan la aparición de pirosis una vez al mes, y que 7 a 10% de tal población lo señala diariamente. Muchos casos de pirosis surgen por el reflujo excesivo de ácido; sin embargo, en promedio, 10% de sujetos con pirosis funcional tienen grados normales de exposición del esófago a ácido.⁽²⁾

En general la causa de esta enfermedad es desconocida aunque se cree que los síntomas dependen de la estimulación química, mecánica y de la sensibilidad esofágica, siendo ésta última la responsable de la falta de correlación entre la presencia de reflujo, síntomas y lesiones.^(6, 15,17) Un factor predisponente en esta patología es la hernia

hiatal.^(2,17)Es una enfermedad sintomática en la inmensa mayoría de los casos, aunque un estudio poblacional sueco desveló que en un 37 % de los casos de afectación mucosa no existía clínica previa. Por otra parte, la severidad de los síntomas no se correlaciona de forma proporcional con los hallazgos endoscópicos.⁽⁶⁾

Su cuadro clínico se caracteriza por la presencia de dolor retroesternal (en la percepción del dolor), regurgitación ácida, disfagia (sólidos – líquidos), dolor torácico atípico (se puede confundir con infarto agudo de miocardio), aspiración pulmonar frecuente.^(1,11) La pirosis y regurgitación son los síntomas característicos y más frecuentes. Dicha sintomatología típicas parte fundamental del diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico debido a las limitaciones de las distintas pruebas médicas ⁽⁶⁾. En la mayoría de los pacientes el diagnóstico es clínico, pero el que no haya pirosis no descarta el reflujo.⁽¹⁹⁾Los principales síntomas ya sean digestivos o extradigestivos en enfermedad por reflujo gastroesofágico se presentan a continuación:

Tabla 6
Principales síntomas en enfermedad por reflujo gastroesofágico

SINTOMAS DIGESTIVOS	SINTOMAS EXTRADIGESTIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Pirosis • Regurgitación • Disfagia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor torácico (tipo angina) • Asma • Tos crónica • Sinusitis • Faringitis • Neumonitis • Laringitis • Disfonía • Singulto • Anemia hipocrómica

Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

Las personas con reflujo tienen un mayor riesgo de padecer adenocarcinoma del esófago.

⁽²⁵⁾ El riesgo aumenta según el tiempo que la persona ha tenido el reflujo y cuán severo

han sido los síntomas.⁽¹⁵⁾El reflujo también puede causar Esófago de Barrett, lo que está asociado con un riesgo aún mayor.^(9,18)

La endoscopia es un estudio indicado en pacientes con síntomas de reflujo resistentes a la farmacoterapia; en los enfermos con síntomas alarmantes como disfagia, adelgazamiento o hemorragia gastrointestinal y en aquellos con dispepsia recidivante después del tratamiento que no se debe claramente a reflujo según los datos clínicos.^(3,19,25) La endoscopia está indicada en pacientes con pirosis crónica (>10 años) frecuente, que tienen un riesgo de Esófago de Barrett seis veces más en comparación con un paciente que tiene menos de un año de síntomas de reflujo.^(10,13) Actualmente se encuentra en existencia una clasificación por endoscopia para lesiones a nivel gástrico conocida como Savary – Miller en la que se determinan las características de dichas lesiones como se describen en la Tabla número 7.

Tabla 7
Clasificación endoscópica de Savary – Miller para enfermedad por reflujo gastroesofágico

Grado I	Lesiones eritematosas, exudativas, erosivas, superficiales, únicas o múltiples, no confluentes.
Grado II	Lesiones erosivas y exudativas, confluentes que no comprometen toda la circunferencia del esófago.
Grado III	Lesiones erosivas, exudativas, que comprometen todo el diámetro, con infiltración inflamatoria de la pared pero sin estenosis.
Grado IV	Lesiones crónicas, con ulceraciones, fibrosis de la pared, estenosis, acortamiento del esófago y cicatrización del epitelio glandular.
Grado V	Esófago de Barrett + Grado I – III

Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

3.2.3 Acalasia

La acalasia representa un trastorno motor del músculo liso esofágico y afecta a las partes torácica y abdominal del esófago.^(2,4) En la acalasia, el cuerpo esofágico pierde las contracciones peristálticas y el esfínter esofágico inferior no se relaja normalmente en respuesta a la deglución.⁽¹⁰⁾

3.2.4 Esofagitis por Cándida

Muchas especies de Cándida que son comensales normales de la garganta se hacen patógenas y causan esofagitis en los estados de inmunodeficiencia.⁽²⁾ En ocasiones, la infección ocurre en ausencia de cualquier factor predisponente.⁽¹⁵⁾ Los pacientes pueden estar asintomáticos o pueden producir pirosis o molestias retroesternales, pero con mayor frecuencia causan odinofagia⁽²⁾; puede o no haber candidiasis bucal u otros signos de candidiasis mucocutánea.^(4,5)

4.2.5 Hernia Hiatal

Es el paso de una parte del estómago hacia la cavidad torácica a través del hiato esofágico del diafragma.⁽²⁾ La hernia por deslizamiento es aquella en la que la unión gastroesofágica y el fondo gástrico se deslizan hacia arriba; se debe a debilidad de los ligamentos situados entre la unión gastroesofágica y el diafragma, a contracción longitudinal del esófago o a aumento de la presión intraabdominal.^(15,17) Su incidencia se eleva con la edad; en el sexto decenio de la vida su prevalencia oscila en torno a 60%.^(10,20) Es poco probable que estas hernias, por sí mismas, produzcan síntomas clínicos, pero pueden contribuir al desarrollo de esofagitis por reflujo. La hernia paraesofágica es aquella en la que la unión gastroesofágica permanece en su posición normal mientras que una parte del estómago se hernia por detrás de ella a través del hiato esofágico. Una hernia paraesofágica o una mixta paraesofágica y por deslizamiento puede encarcerarse y estrangularse, originando un cuadro de dolor torácico agudo, disfagia y masa mediastínica que exige tratamiento quirúrgico rápido.^(5,10) Una bolsa gástrica herniada puede causar disfagia y ser la localización de gastritis y ulceración, con pérdida crónica de sangre. Las hernias paraesofágicas grandes deben ser operadas.^(2,16)

3.2.6 Gastritis

El término gastritis debe reservarse para la inflamación histológicamente demostrada de la mucosa gástrica.⁽³⁾ La gastritis no es el eritema mucoso que se observa durante la endoscopia ni es intercambiable con el término "dispepsia".^(15,17) Los factores etiológicos que provocan la gastritis son múltiples y heterogéneos.

La gastritis se ha clasificado sobre la base de su cronología en aguda o crónica, características histológicas y distribución anatómica o mecanismo patógeno propuesto.⁽¹¹⁾

La correlación entre el cuadro clínico de dolor abdominal o dispepsia y los datos endoscópicos en la inspección de la mucosa gástrica es escasa. Por tanto, no se puede hablar de manifestaciones clínicas típicas de gastritis.⁽²⁾

3.2.6.1 Gastritis aguda

Las causas más frecuentes de gastritis aguda son infecciosas. La infección aguda por *Helicobacter pylori* induce gastritis⁽²³⁾; sin embargo, la gastritis aguda de esta etiología no ha sido estudiada extensamente.⁽²⁰⁾ Se describe como un cuadro de presentación brusca en forma de dolor epigástrico, náusea y vómito,^(10, 24,25) si esta no se trata el cuadro avanzará a gastritis crónica.^(10,20)

Los pacientes que la presentan con mayor frecuencia son personas que presentan estrés, consumidores frecuentes de antiinflamatorios no esteroideos, ancianos, alcohólicos y enfermos con SIDA. Las posibles causas yatrógenas son polipeptomía e inyección de tinta china en la mucosa.^(11,20)

3.2.6.2 Gastritis crónica.

La gastritis crónica se identifica histológicamente por un infiltrado celular inflamatorio formado sobre todo por linfocitos y células plasmáticas, con muy escasos neutrófilos. La inflamación suele distribuirse en placas, y afecta inicialmente las porciones superficial y glandular de la mucosa gástrica.⁽²⁾ A veces el cuadro avanza a una destrucción glandular más grave, con atrofia y metaplasia.^(15,24) La gastritis crónica se ha clasificado en función de sus características histológicas: cambios atróficos superficiales y atrofia gástrica. La fase precoz de la gastritis crónica es la gastritis superficial. También existe disminución del moco en las células mucosas y de figuras mitóticas en las células glandulares. La siguiente etapa es la gastritis atrófica y le sigue la etapa final de la gastritis crónica que es la atrofia gástrica. Se pierden las estructuras glandulares y el infiltrado inflamatorio es

escaso. Endoscópicamente, la mucosa es muy fina, lo que permite visualizar con claridad los vasos sanguíneos subyacentes. ⁽²⁾

La metaplasia intestinal señala la conversión de las glándulas gástricas a un fenotipo de intestino delgado, con glándulas mucosas intestinales que contienen células caliciformes (en copa). Estos cambios metaplásicos pueden variar en cuanto a su distribución, de placas a una extensa afección del estómago. La metaplasia intestinal es un importante factor predisponente para carcinoma gástrico. ^(8, 15,24) La gastritis crónica también se clasifica con base en la localización predominante. El tipo A se refiere a la forma principal en el cuerpo (auto inmunitaria), mientras que el tipo B es la forma de predominio central (relacionada con *H. pylori*). Esta clasificación es artificial, dada la dificultad para distinguir estas dos entidades. Se ha utilizado el término gastritis AB para describir un cuadro mixto que afecta el antro y el cuerpo gástricos. ⁽¹⁵⁾

3.2.7 Úlcera péptica.

La úlcera péptica es una solución de continuidad de la mucosa de más de 3 a 5 mm de diámetro mayor, que alcanza en profundidad hasta la muscular (pudiendo comprometer la pared en todo su espesor) que cicatriza por reparación de las tunicas subyacentes y por regeneración atípica de esta, con formación de cicatriz. ^(11,12)

Los trastornos pépticos son muy frecuentes en Estados Unidos, y afectan a unos cuatro millones de individuos (casos nuevos y recaídas) al año. La prevalencia de la úlcera péptica a lo largo de la vida en Estados Unidos es de aproximadamente 12% en varones y 10% en mujeres. Además, se calcula que se producen unas 15000 muertes al año como consecuencia de una úlcera péptica complicada. El impacto económico de estos procesos es considerable, con un costo estimado para el sistema sanitario de casi 10 000 millones de dólares al año. ^(10,12) Es la causa más frecuente de hemorragia gastrointestinal superior constituyendo el 50% de los casos. Es más frecuente el sangrado procedente de la úlcera duodenal que de la úlcera gástrica. ⁽³⁾

El dolor epigástrico quemante, exacerbado por el ayuno y que mejora con la alimentación, es un complejo sintomático que caracteriza a la úlcera péptica. Una úlcera se define como la pérdida de la integridad de la mucosa del estómago o del duodeno ⁽²¹⁾ que produce un defecto local o excavación a causa de inflamación activa. Las úlceras se producen en el estómago o el duodeno, y con frecuencia son de naturaleza crónica. ⁽²⁶⁾

El aspecto endoscópico de las úlceras pépticas proporciona información de utilidad para el pronóstico y sirve de guía respecto a la necesidad de tratamiento endoscópico en pacientes con hemorragia aguda.⁽²¹⁾ Una úlcera de base limpia con lleva un riesgo de hemorragia recidivante bajo, de 3 a 5%; los pacientes con melena y con una úlcera de base limpia suelen darse de alta desde el servicio de urgencias o de la sala de endoscopia si son jóvenes, fiables y por lo demás sanos. Los puntos planos de color rojo o púrpura en la base de la úlcera y los grandes coágulos adherentes que recubren la base de la úlcera tienen un riesgo de recidiva de la hemorragia de 10 y 20%, respectivamente.^(8,10,21) El tratamiento endoscópico a menudo se considera en el caso de una úlcera con un coágulo adherente.⁽¹⁰⁾ Cuando se observa un tapón plaquetario que sobresale de una pared vascular en la base de una úlcera (el llamado coágulo centinela o vaso visible), el riesgo de recidiva de la úlcera es de 40%. Este dato por lo general es motivo para aplicar tratamiento endoscópico con objeto de reducir la frecuencia de la recidiva de la hemorragia. En ocasiones, se observa el sangrado activo de una úlcera y en este caso el riesgo de que persista la hemorragia es de más de 90 por ciento.⁽²⁾

La úlcera péptica causa clásicamente dolor urente o retortijones, con frecuencia de aparición nocturna, que se alivian de manera rápida con la ingestión de alimento o antiácidos.^(10,26) Aunque la endoscopia es la prueba diagnóstica más sensible para la úlcera péptica, su realización inmediata es una estrategia costosa en pacientes jóvenes con síntomas dispépticos de tipo ulceroso, a menos que se pueda disponer de la endoscopia a bajo costo.^(10,19) En los pacientes en los que se sospecha una úlcera péptica se debe evaluar la presencia de una infección por *Helicobacter pylori*. La serología (que documenta una infección presente o pasada) y la prueba de urea en el aliento (que demuestra la presencia de una infección actual) son pruebas menos cruentas y costosas que la endoscopia con biopsia. Los pacientes con síntomas alarmantes y los que tienen síntomas persistentes pese al tratamiento habrán de someterse a examen endoscópico para descartar cáncer gástrico y otras causas.⁽²⁷⁾

3.2.8 Várices esofágicas

Son dilataciones venosas patológicas en la submucosa del esófago que se producen normalmente en pacientes con hipertensión portal. La complicación más frecuente es la hemorragia que suele ser masiva y, cuando esto ocurre, es potencialmente mortal.^(1, 2,8)

Los pacientes con hemorragia por varices tienen peor pronóstico que los que sangran por otras causas. El tratamiento endoscópico realizado en ese momento disminuye la repetición de las hemorragias, y las sesiones endoscópicas repetidas para suprimir las várices disminuyen en grado considerable la reaparición de la hemorragia y el riesgo de muerte. ⁽²⁾

Las várices esofágicas se presentan en un 50% de los cirróticos de los cuales un 30% presentarán un episodio de sangrado en los dos primeros años después del diagnóstico. Tras un primer episodio el riesgo de resangrado aumenta hasta en un 70% a los dos años. ^(25,26) Las várices gástricas pueden ser bien extensión de várices procedentes de esófago, bien ser várices localizadas a nivel de fundus (várices fúndicas). Pueden aparecer várices gástricas aisladas como complicación de una trombosis de la vena esplénica secundaria a pancreatitis o traumatismos principalmente. ^(3,15)

Las várices esofágicas no conllevan síntomas primarios por sí mismas, viéndose más afectada la salud del paciente por la enfermedad que provoca la hipertensión portal. Si no se han detectado en una endoscopia anterior, el primer signo visible suele ser la hematemesis provocada por la rotura en una de las lesiones varicosas. Normalmente se da un vómito en el que se observan sangre y coágulos. También se puede manifestar por melenas al producirse el goteo de sangre de una de las várices. ⁽⁸⁾

3.2.9 Esófago de Barrett

La metaplasia del epitelio escamoso a epitelio cilíndrico (Esófago de Barrett) es una complicación de la esofagitis por reflujo grave y constituye un factor de riesgo para el adenocarcinoma de esófago. El epitelio cilíndrico metaplásico se desarrolla durante el proceso de cicatrización de la esofagitis erosiva con reflujo sostenido de ácido, porque es más resistente a la lesión inducida por el ácido y la pepsina que el epitelio escamoso. ⁽²⁰⁾ El encontrar una metaplasia intestinal con células caliciformes en el esófago es diagnóstico de Esófago de Barrett; se considera que este tipo de mucosa conlleva riesgo de cáncer. El esófago de Barrett se divide en un segmento largo (>2 a 3 cm) y segmento corto (<2 a 3 cm); la afección de segmentos largos se diagnostica en casi 1.5% y la de segmentos cortos en 10 a 15% de los pacientes con reflujo gastroesofágico. ^(2,18)

La tasa de desarrollo de cáncer es de 0.5% por año en la afección de segmento largo, un incremento en el riesgo de 30 a 125 tantos en comparación con la población general. El Esófago de Barrett de segmento corto también evoluciona al cáncer, pero en estos casos no está claro el riesgo efectivo. ⁽⁶⁾

La metaplasia intestinal de Barrett avanza al adenocarcinoma a través de etapas displásicas, que incluyen displasia de baja gradación y displasia de alta gradación. ^(15,24) La secuencia de la evolución de la enfermedad es variable e inconstante. ^(10,25)

El Esófago de Barrett también desencadena úlcera péptica crónica del esófago con estenosis altas (mesoesofágicas) y largas. El esófago de Barrett es más común en varones blancos obesos; su frecuencia aumenta con la edad. ⁽²⁰⁾

No se ha documentado la utilidad de la detección sistemática de la población mediante endoscopia para detectar Esófago de Barrett. Sin embargo, en los pacientes con reflujo gastroesofágico persistente a los 50 años de edad se recomienda esofagoscopia una vez, sobre todo en los varones de raza blanca. Más de 90% de los enfermos con adenocarcinoma esofágico son diagnosticados durante su consulta médica inicial. Cuando se identifique por primera vez el Esófago de Barrett, no se escatimarán esfuerzos alguno por descartar la presentación de displasia o carcinoma concomitantes. Este esfuerzo requiere un estudio endoscópico de seguimiento tras el tratamiento intensivo de esofagitis, con múltiples biopsias de la mucosa esofágica. ⁽²⁾

La frecuencia de las endoscopias de vigilancia en pacientes con Esófago de Barrett documentado depende de los datos endoscópicos iniciales. La displasia de gran malignidad suele asociarse a carcinoma concomitante y evoluciona al cáncer en casi 20% de los casos. En todos los pacientes con displasia de gran malignidad se recomienda un seguimiento endoscópico estrecho (cada tres meses). ^(15,24) En la displasia de escasa malignidad se recomienda la endoscopia de seguimiento a los seis y a los 12 meses en un principio y cada año a partir de entonces, mientras persista la displasia de escasa malignidad. ⁽¹⁰⁾ Los pacientes con Esófago de Barrett sin displasia deberán someterse a dos exámenes en el primer año y ulteriormente cada tres años. ⁽²⁾

3.2.10 Lesión de Dieulafoy.

Esta lesión, denominada también arteria de calibre persistente, es una arteriola de gran calibre que corre inmediatamente por debajo de la mucosa gastrointestinal y sangra a través de una erosión mucosa. ⁽⁷⁾ La lesión de Dieulafoy se observa con mayor frecuencia en la curvatura menor del estómago proximal, provoca una hemorragia arterial masiva y es difícil de diagnosticar; con frecuencia sólo es posible identificarla después de endoscopias repetidas por hemorragia recurrente. ⁽²⁾

3.2.11 Desgarro de Mallory-Weiss

Se denomina así al desgarro a nivel de la unión gastroesofágica asociado a náuseas y vómitos. Es característica en la historia del paciente un cuadro de náuseas y vómitos precediendo a la hematemesis en un paciente alcohólico.^(2,3) Constituye entre un 5 y un 15% de los casos de hemorragia gastrointestinal superior, en el 80 a 90% de los casos la hemorragia se cohibe espontáneamente y reaparece sólo en 0 a 7%⁽²⁾. El resangrado es poco frecuente.⁽³⁾

Cuando el desgarro rompe una arteriola submucosa se puede producir una hemorragia aguda.⁽¹⁹⁾ El examen endoscópico es el mejor método diagnóstico y es posible tratar un desgarro con hemorragia activa por vía endoscópica.^(2,3) A diferencia de la úlcera péptica, un desgarro de Mallory-Weiss con un coágulo centinela no sangrante en su base raras veces experimenta hemorragia recidivante.⁽²⁾

3.2.12 Obstrucción esofágica aguda

La obstrucción esofágica por alimento impactado o por la ingestión de un cuerpo extraño es un suceso potencialmente fatal y representa una urgencia endoscópica. Si no se trata puede causar úlcera esofágica, con isquemia y perforación.^(2,15,26) Los pacientes con obstrucción esofágica persistente a menudo presentan hipersalivación y son incapaces de tragar agua; la endoscopia es generalmente la prueba diagnóstica de elección ya que es posible eliminar el material obstructivo con el endoscopio y permite determinar la presencia de una estenosis esofágica subyacente. Es necesario valorar la realización de radiografías de tórax y cuello antes de la endoscopia en pacientes con fiebre, obstrucción de 24 h o más de duración o que hayan ingerido objetos puntiagudos como una espina de pescado. En ocasiones, la nifedipina, los nitritos sublinguales o el glucagón por vía intravenosa, resuelven una impacción alimentaria esofágica, aunque en la mayoría de los pacientes existe un anillo, membrana o estenosis subyacentes y es necesario extraer el bolo alimenticio obstructivo con el endoscopio.^(2,25)

3.2.13 Obstrucción del orificio de salida gástrico.

La obstrucción del orificio de salida gástrico suele ser causada por tumores malignos del antro gástrico prepilórico o por una úlcera péptica crónica con estenosis pilórica. Los pacientes vomitan alimento parcialmente digerido muchas horas después de haber comido. La descompresión gástrica con una sonda nasogástrica y el posterior lavado para

extraer el material retenido es el primer paso del tratamiento. ⁽²⁾Entonces, si se desea, se puede confirmar el diagnóstico con una prueba de sobrecarga salina. La endoscopia es útil con fines tanto diagnósticos como terapéuticos. ^(3,19)

Los pacientes con estenosis pilórica se pueden tratar por medio de un balón de dilatación endoscópico del píloro, técnica que produce alivio de los síntomas a largo plazo en alrededor de 50% de los pacientes. La obstrucción pilórica maligna puede paliarse con endoprótesis expansibles colocadas por vía endoscópica en un paciente con un cáncer inoperable. ^(10, 19,25)

3.2.14 Enfermedad de Menetrier

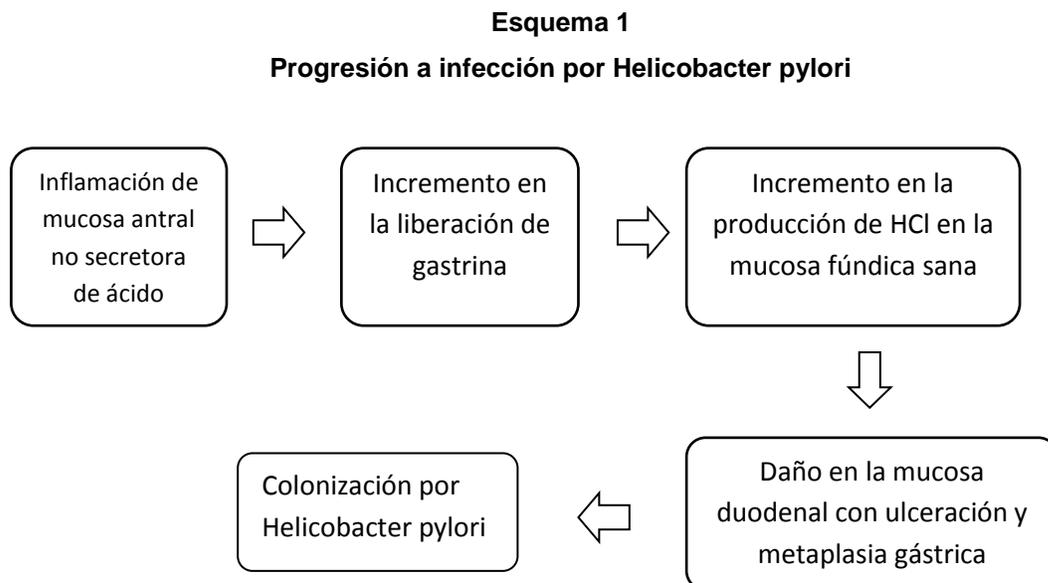
La enfermedad de Menetrier es una rara entidad que se caracteriza por la presencia de pliegues mucosos gástricos largos y tortuosos. ^(2,15,26) El diagnóstico diferencial debe hacerse con ZES, tumores malignos, causas infecciosas (citomegalovirus, histoplasmosis, sífilis) y trastornos infiltrativos como la sarcoidosis. Los pliegues mucosos de la enfermedad de Ménétrier con frecuencia son más prominentes en el cuerpo y en el fondo. Histológicamente se observa hiperplasia foveolar masiva (hiperplasia de las células de superficie y de las mucosas glandulares), que reemplazan a gran parte de las células principales y parietales. Esta hiperplasia causa la hipertrofia de pliegues. Las fosas de las glándulas gástricas se alargan y pueden hacerse extremadamente tortuosas. La enfermedad de Ménétrier no se considera una forma de gastritis. La etiología de este raro cuadro clínico es desconocida. ⁽²⁰⁾

3.3 Hallazgos por biopsia

3.3.1 Infección por Helicobacter pylori

El Helicobacter pylori es una bacteria que ha revolucionado la gastroenterología en los últimos 25 años. La prevalencia aumenta con la edad avanzada y con bajo nivel socioeconómico durante la niñez, variando por lo tanto a nivel mundial. ^(20,26) A mediados de los 80, la úlcera duodenal era considerada una enfermedad asociada a una hiperacidez, y la úlcera gástrica a una alteración de la barrera mucosa. Al descubrirse su relación con Helicobacter pylori, la enfermedad ulcero-péptica pasó a ser una enfermedad infecciosa con un muy alto índice de curación, y una baja tasa de recurrencia. ⁽¹¹⁾ La colonización por Helicobacter pylori se hace propensa al haber inflamación en la mucosa con lo que provoca incremento de la liberación de gastrina, esto provoca incremento en la

producción de ácido clorhídrico que a su vez causa daño epitelial causando de esta manera la colonización de la misma como se muestra en el esquema número 1.



Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

La prevalencia de gastritis atrófica y metaplasia intestinal se ha incrementado significativamente con la edad y en ambos sexos. Las personas infectadas con *Helicobacter pylori* muestran una prevalencia significativamente alta de metaplasia intestinal. ⁽²⁷⁾

3.3.2 Neoplasias

Entre otros destacan carcinomas, linfomas, leiomiomas, leiomiomas, carcinoide y pólipos adenomatosos. Son más propensos a producir sangrados crónicos ocultos que grandes hemorragias. ⁽³⁾

3.3.2.1 Cáncer de esófago.

La incidencia de este tipo de cáncer tiene grandes variaciones de orden geográfico, y hay regiones del mundo donde es de elevada prevalencia. ⁽¹¹⁾El tipo histológico más corriente es el carcinoma epidermoide (escamocelular)⁽⁹⁾es más frecuente en individuos con antecedentes de consumo de tabaco o etanol. ⁽²⁾El adenocarcinoma de esófago suele ser complicación del reflujo gastroesofágico de larga evolución. De 8 a 20% de los pacientes

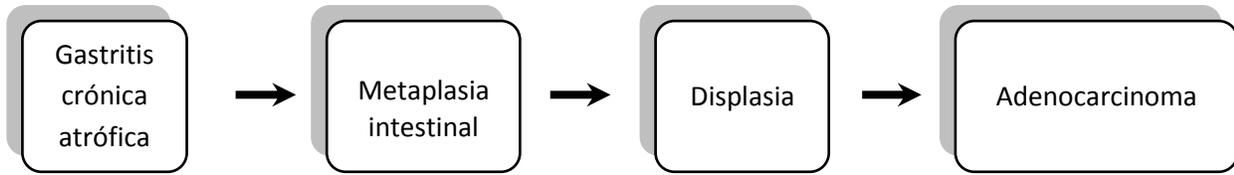
con Enfermedad por reflujo gastroesofágico presentan metaplasia mucosa glandular del epitelio pavimentoso de la parte inferior del esófago, que recibe el nombre de metaplasia de Barrett.⁽³⁾ Las estenosis benignas se presentan en el tercio inferior del esófago, mientras que las malignas se pueden manifestar en cualquier lugar del mismo. Una estenosis en el esófago en personas de la tercera edad se debe considerar maligna mientras no se demuestre lo contrario; en todos los casos de estenosis es obligatoria la endoscopia con biopsia y citología.^(9,15,24)

3.3.2.2 Adenocarcinoma gástrico

La mayoría de los pacientes con cáncer gástrico presentan molestias vagas como dolor en el epigastrio, sin embargo hasta el 80% de los pacientes con cáncer incipiente es asintomático, apareciendo en el 20% restante síntomas de úlcera péptica, náuseas, anorexia o saciedad temprana.⁽¹¹⁾ Otros síntomas como hemorragia, dolor abdominal no relacionado a cuadro ulceroso o pérdida de peso están presentes en menos del 2% de los casos.⁽¹⁵⁾ En el cáncer avanzado, el dolor abdominal y la baja de peso se observan en el 60% de los pacientes; náuseas o vómitos y anorexia en el 30%; disfagia, hemorragia digestiva y saciedad temprana en el 20%. Desafortunadamente, estos síntomas son con frecuencia los mismos síntomas que los pacientes sienten cuando tienen úlcera péptica ó gastritis. Por lo tanto, los pacientes pueden ser tratados para enfermedades benignas, sin que el diagnóstico de cáncer gástrico sea hecho.^(4, 5,11)

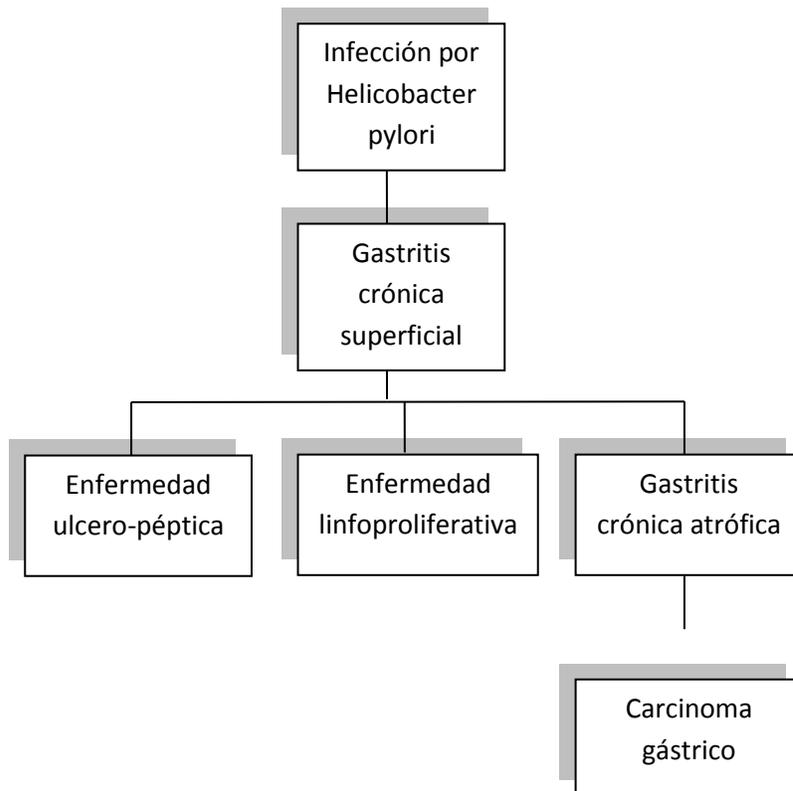
El adenocarcinoma gástrico es la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. La Organización Mundial de la Salud ha reconocido al *Helicobacter pylori* como un carcinógeno tipo I. Existe un riesgo ocho veces mayor de personas *Helicobacter pylori* positivo para presentar adenocarcinoma gástrico en comparación con las que presentan *Helicobacter pylori* negativo.⁽²⁾ El riesgo de cáncer es mayor en aquellos que la infección se encuentra presente de semanas a meses sin haber tratamiento con lo que evoluciona a gastritis crónica; esto sucede debido a que se induce inflamación tanto de la mucosa antral como fúndica, provocando atrofia y metaplasia intestinal,⁽¹¹⁾ lo que puede originar la progresión a adenocarcinoma como se muestra en los esquemas 2 y 3.

Esquema 2
Progresión a adenocarcinoma gástrico



Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

Esquema 3
Infección por Helicobacter pylori



Fuente: Manual Gastroenterología, UFRO, 2008. Temuco, Chile. 3 Marzo 2008

El cáncer avanzado es el que compromete la capa muscular propia y las otras capas en una clasificación descriptiva sin incluir pronóstico del paciente, como lo señaló Bormann:⁽¹¹⁾

Tabla 9
Clasificación de Bormann

Grado	Vista Macroscópica
I	Tipo coliflor
II	Ulcerado
III	Ulcerado infiltrante
IV	Infiltrante difuso
V	No clasificable

Fuente: Harrison Medicina Interna. 2012. España. 2011

4. POBLACIÓN Y MÉTODOS

4.1 Tipo y diseño de la investigación

4.1.1 Tipo

Descriptivo retrospectivo

4.1.2 Diseño

Transversal

4.1.3 Enfoque

Cuantitativo

4.2 Unidad de análisis

4.2.1 Unidad Primaria de Muestreo

Pacientes a quienes se les practicó endoscopia gastrointestinal superior en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el período comprendido entre los años 2012 a 2014.

4.2.2 Unidad de análisis

Datos obtenidos de la revisión de expedientes clínicos de los pacientes y registros en el instrumento diseñado para el efecto.

4.2.3. Unidad de Información

Expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó endoscopia en el servicio de Gastroenterología del Hospital de Enfermedades del Instituto de Guatemalteco de Seguridad Social.

4.3 Población y muestra

4.3.1 Población o universo:

1846 pacientes quienes se les realizó endoscopia de vía gastrointestinal superior en la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el periodo de 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2014.

4.3.2 Marco muestral:

Expedientes clínicos de pacientes a quienes se les realizó endoscopia superior en la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

4.3.3 Muestra:

Debido a que la variable principal es de tipo cuantitativa para calcular la muestra se procedió a utilizar la fórmula para una población finita. La fórmula y el cálculo realizado de la muestra se detallan a continuación:

Fórmula para población finita:

$$n = \frac{NZ^2pq}{(d^2)(N - 1) + (Z^2)(pq)}$$

- N = 1846 (Población)
- p = 0.5
- q = 0.5
- d = 0.05 (Confianza)

$$n = \frac{(1846)(1.96)^2(0.5)(0.5)}{(0.05)^2(1845) + (1.96)^2(0.5)(0.5)} = \frac{1772.16}{5.57} = 318.16$$

Según la fórmula calculada el total corresponde a 318 pacientes que representaron a la muestra para el estudio.

Los expedientes médicos se encuentran ordenados por número conforme a la realización de endoscopia. Para la selección de los sujetos y para garantizar la aleatorización se utilizó el programa de generación de números aleatorios EpiInfo versión7 ®, este programa generó los números que correspondieron a la muestra comprendida por 318 expedientes clínicos.

4.4 Criterios de selección

Pacientes mayores de 18 años, sin distinción de sexo a quienes se les realizó endoscopia gastrointestinal superior en la Unidad de Gastroenterología del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el periodo 2012 – 2014.

4.5 Medición de las variables

Macrovariable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de clasificación
Características Biológicas	Edad	Tiempo que un individuo ha vivido contando desde su nacimiento. ⁽⁷⁾	Edad en años anotado en el registro clínico en intervalos a partir de los 18 años de edad y a quienes se les realizó diagnóstico endoscópico	Cuantitativa discreta	De Razón	Años
	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas. ⁽⁷⁾	El sexo del paciente anotado en el registro clínico en intervalos a partir de los 18 años de edad	Cualitativa dicotómica	Nominal	Masculino Femenino

Macro variable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de clasificación
Características clínicas	Hallazgo clínico	Es el fenómeno revelador de una enfermedad por el cual se practicó el estudio de endoscopia. ⁽⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal • Disfagia • Pirosis • Regurgitación • Náuseas y vómitos • Hemorragia GI superior. • Otros 	Cualitativa polifónica	Nominal	Hallazgos clínicos reportados en el expediente.
	Antecedente Clínico	Dato o circunstancia personal o familiar en la historia clínica del paciente previo a su situación actual. ⁽⁷⁾	Antecedentes reportados en fichas clínicas.	Cualitativa	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de AINES • Alcoholismo • Tabaquismo • Enfermedad gastrointestinal superior previa • Otros
	Indicación de endoscopia	Indicación de examen visual del interior de las cavidades del organismo mediante la introducción por vía natural o artificial de un instrumento llamado endoscopio. ⁽²⁾	Razón de la realización de la endoscopia	Cualitativa dicotómica	Nominal	<p>Terapéutica</p> <p>Diagnostica</p>

Macrovariable	Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de Variable	Escala de Medición	Criterios de clasificación
Características endoscópicas	Diagnóstico endoscópico	Son los hallazgos macroscópicos de la endoscopia superior practicada al paciente, según el criterio del médico que practica la misma. ⁽⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis aguda/crónica • Varices esofágicas • Duodenitis erosiva • Candidiasis esofágica • Hernia hiatal • Úlcera gástrica/duodenal • Estrechez esofágica • Endoscopia normal • Esofagitis • Neoplasia de esófago • Neoplasia gástrica • Otros 	Cualitativa politómica	Nominal	Diagnóstico reportado en el expediente luego de la endoscopia
	Prueba de Clotest	Prueba rápida de ureasa más ampliamente utilizada en todo el mundo para el diagnóstico de Helicobacter pylori. ⁽⁷⁾	Informe de Patología que determina la presencia o no de Helicobacter pylori	Cualitativa dicotómica	Nominal	Positivo Negativo

4.6 Técnicas, procesos e instrumentos en la recolección de datos

4.6.1 Técnicas de recolección de datos

Para la consecución de los objetivos del estudio, se realizó una revisión de la base de datos de la Unidad de Gastroenterología del Hospital General de Enfermedades del IGSS y se diseñó un instrumento de recolección de la información pertinente (ver en anexo planilla de recolección de datos). Dicho instrumento fue validado en el campo a través de un estudio realizado durante la práctica de Electivo de la estudiante autora de esta tesis, fue levemente modificado en el que se amplía la investigación y contiene las preguntas que responden a las interrogantes planteadas, así como las variables medidas.

4.7.2 Procesos:

4.7.2.1 Paso 1: Contando con la aprobación del protocolo de investigación se procedió a solicitar autorización para la realización del trabajo de campo a autoridades del Hospital de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y Departamento de Capacitación y Desarrollo.

4.7.2.2 Paso 2: Se solicitó en la Unidad de Gastroenterología de la base de datos de afiliados a quienes se les realizó endoscopia

4.7.2.3 Paso 3: Se procedió a extraer de la base de datos los expedientes clínicos de endoscopia realizados entre el período de 1 de enero 2012 al 31 de diciembre 2014

4.7.2.4 Paso 4: Se recolectó la información requerida por alcanzar los objetivos de la presente investigación utilizando un instrumento diseñado para el efecto.

4.7.2.5 Paso 5: Se creó una base de datos en el programa Microsoft Excel 2007 ® con los resultados obtenidos.

4.7.2.6 Paso 6: Se analizaron los datos obtenidos con el programa EpiInfo en versión 7 ®.

4.7.2.7 Paso 7: Se elaboró el informe final.

4.7.3 Instrumento de recolección de datos:

El instrumento constó de una boleta de datos tamaño carta, impresa a ambos lados con el logotipo de la Universidad de San Carlos de Guatemala en la parte superior derecha y de la Facultad de Ciencias Médicas en la parte superior izquierda y el título de la investigación como encabezado.

El instrumento de recolección de datos fué una modificación del instrumento utilizado para mismo fin en el trabajo titulado “Hallazgos endoscópicos en pacientes de la tercera edad” realizado en el Hospital de enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante la práctica electiva de la autora del presente trabajo.

Constó de 10 preguntas divididas en 3 secciones, una sección donde se anotaron los datos de identificación de los expedientes clínicos: fecha de recolección de datos, código de paciente, número de afiliación, edad y sexo; la segunda sección se anotaron las características clínicas en las que conformaron 3 divisiones: antecedentes clínicos (incluye uso de antiinflamatorios no esteroideos, tabaquismo, alcohol, estrés y otros), hallazgos clínicos (incluye dolor abdominal, náuseas y vómitos, pirosis, regurgitación, disfagia, hemorragia gastrointestinal superior y otros) e indicación de la endoscopia (diagnóstica o terapéutica); por ultimo una tercera sección que constó de las características endoscópicas (incluyen gastritis erosiva, hernia hiatal, úlcera péptica, neoplasia, gastropatía congestiva, duodenitis erosiva y otros) y prueba de Clotest (si se realizó, y si el resultado fue positivo o negativo). Las tres secciones fueron enfocadas a recopilar información orientada a alcanzar los objetivos de la investigación, con estos datos se pudieron calcular las frecuencias de aparición de las variables, así como también se pudo describir la relación entre las mismas.

4.8 Procesamiento de datos

4.8.1 Procesamiento

Mediante el instrumento de recolección de información el cual fue llenado por la investigadora, se procedió a recabar la información, se obtuvo una muestra aleatoria, los expedientes se seleccionaron mediante un generador de números aleatorios, para garantizar la veracidad de la misma. Una vez obtenida la información, se procedió a realizar una base de datos en el programa Microsoft Excel®, posteriormente se procedió

a construir cuadros que permitieron describir las variables del estudio y con este mismo programa se construyeron gráficas y se analizaron.

Variable simple

- Edad
- Sexo
- Antecedente clínico
- Hallazgo clínico
- Indicación de endoscopia
- Diagnóstico por endoscopia
- Helicobacterpylori por Clotest

Variables Cruzadas

- Edad y endoscopia
- Sexo y endoscopia
- Diagnóstico endoscópico y Número de endoscopia
- Número de endoscopia y prueba de Clotest

Cuadros

1. Relación edad y diagnóstico endoscópico
2. Relación sexo y diagnóstico endoscópico
3. Frecuencia de antecedentes clínicos
4. Frecuencia de hallazgos clínicos
5. Frecuencia de diagnóstico endoscópico
6. Frecuencia de resultado de prueba de Clotest

4.8.2 Análisis de datos

Se realizaron recuentos de frecuencias de cada una de las preguntas y análisis simples; las estadísticas descriptivas se utilizaron para las principales características de los datos, en la forma siguiente:

- Se extrajeron frecuencias de presentación de las variables
- Se calcularon medidas de tendencia central para variable cuantitativa
- Se calcularon frecuencias y porcentaje para las variables cualitativas

- Se buscaron patrones de presentación
- Se analizó detalladamente la relación entre variables antes descritas
- Se utilizó para el análisis los programas EpiInfo versión 7 ®

4.9 Obstáculos de la investigación

4.9.1 Obstáculos

- Información poco legible en la base de datos de la Unidad
- Deficiencia de información en los expedientes clínicos y hojas de consulta

4.9.2 Alcances

- Con la realización del presente trabajo de investigación se logró conocer las características tanto clínicas como endoscópicas de los pacientes a quienes se les realizó endoscopia gastrointestinal superior en el Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
- Se pudo determinar la relación existente entre las características de los pacientes así como también se identificó el número de pruebas de Clotest realizado en el servicio y la proporción de diagnósticos de *Helicobacter pylori* realizados que se realizó durante el procedimiento de endoscopia superior.

4.10 Aspectos éticos de la investigación

4.10.1 Principios éticos generales

La información personal del paciente fue estrictamente confidencial, por lo que no se revelaron datos que comprometieran la integridad física y emocional. Durante la obtención de los datos se tuvo contacto únicamente con los expedientes clínicos y se abordaron datos específicos de importancia para el estudio como el sexo, edad, antecedentes clínicos, la frecuencia de los casos, hallazgos clínicos de los pacientes y diagnósticos, la investigadora se comprometió a guardar la confidencialidad, de esta manera se comprueba que la investigación no implicó acciones anti éticas que pudieran provocar repercusiones negativas en los pacientes.

4.10.2 Categorías de riesgo

El estudio pertenece a la categoría I sin riesgo debido a que se tomaron datos de los expedientes clínicos de los pacientes de la Unidad de Gastroenterología del Hospital de Enfermedad Común (IGSS) cuales fueron puestos en una base de datos, lo cual confiere confidencialidad lo que representó un beneficio para el paciente, y no se interactuó directamente con el mismo para obtener datos por lo que no implicó ningún riesgo para el paciente ni para el investigador.

5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del trabajo de caracterización biológica, clínica y endoscópica de pacientes sometidos al procedimiento de endoscopia gastrointestinal superior, divididos de la siguiente forma:

- Características biológicas.
- Características clínicas.
- Características endoscópicas.
 - Diagnóstico endoscópico relacionados a grupos etarios.
 - Diagnósticos endoscópicos relacionados a sexo.

5.1 Características biológicas

Cuadro 1
Características biológicas.

Edad en años(Media ± SD)	58 ± 18
18 – 29 años	29 (9.11)
30 – 41 años	36 (11.32)
42 – 53 años	49 (15.40)
54 – 65 años	80 (25.15)
66 - 77 años	70 (22.01)
78 - 89 años	51 (16.03)
90 - 95 años	3 (0.94)
Sexo (%)	
Femenino	134 (42.13)
Masculino	184 (57.86)

n = 318

La media de edad en la población es de 58 años ± 18, La mayor prevalencia de trastornos gastrointestinales de tracto superior se encuentra entre los 54 a 65 años de edad. El sexo más afectado por estas patologías fue el masculino, con 184 (57.86%) casos reportados

5.2 Características clínicas

Cuadro 2
Características clínicas

Hallazgo clínico (%)	
Dolor abdominal	103 (24.06)
Pirosis	6 (1.40)
Regurgitación	13 (3.03)
Disfagia	29 (6.77)
Náuseas y vómitos	26 (6.07)
Hemorragia gastrointestinal superior	162 (37.85)
Otros	89 (20.79)
Antecedentes clínicos(%)	
Uso indiscriminado de AINES	29 (8.86)
Tabaquismo	1 (0.30)
Alcoholismo	31 (9.48)
Enfermedad gastrointestinal previa	49 (14.98)
Sin antecedentes	206 (62.99)
Otros	11 (3.36)
Indicación de endoscopia(%)	
Diagnóstica	268 (84.28)
Terapéutica	50 (15.72)

Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron: hemorragia gastrointestinal superior en 162 (37.85%) pacientes, dolor abdominal en 103 (24.06%) y disfagia en 29 (6.77%). Se encontró que 89 (20.79%) presentaron hallazgos inespecíficos de patología gastrointestinal superior.

206 (62.99%) expedientes evaluados no reportaban antecedentes clínicos, 49 (14.98%) indicaron como antecedente la presencia de una patología gastrointestinal superior previamente diagnosticada, 31 (9.48%) alcoholismo, 29 (8.86%) uso de AINES y tan solo 1 (0.30%) tabaquismo. Se observó que del total de procedimientos realizados durante el periodo que abarco el estudio, 268 (84.28%) se realizó con fines diagnósticos y 50 (15.72%) con fines terapéuticos.

5.3 Características endoscópicas

Cuadro 3
Características endoscópicas.

Diagnóstico endoscópico(%)	167 (52.51)
Gastritis aguda/crónica	60 (18.86)
Varices esofágicas	31 (9.74)
Duodenitis erosiva	10 (3.14)
Candidiasis esofágica	28 (8.80)
Hernia hiatal	53 (16.66)
Úlcera gástrica/ duodenal	7 (2.20)
Estrechez esofágica	37 (11.63)
Endoscopia normal	22 (6.91)
Esofagitis	8 (2.51)
Neoplasia de esófago	22 (6.91)
Neoplasia gástrica	43 (13.52)
Otros	
Prueba Clotest(%)	
Si se realizó	49 (15.40)
• Positiva	9 (2.83)
• Negativa	40 (12.57)
No se realizó	268 (84.27)

n = 318

Los diagnósticos endoscópicos más frecuentes fueron: la gastritis (aguda y crónica) identificada en 167 pacientes, evidenciando una prevalencia de 52.51 %; várices esofágicas en 60 pacientes, con una prevalencia de 18.86 % y úlceras gástrica / duodenal en 53 pacientes con prevalencia de 16.66 %. De los 319 expedientes revisados, 49 (15.40%) reportaron realización de prueba Clotest para H. pylori, solo 9 (2.83%) fueron positivas a la infección.

Cuadro 4

Diagnóstico endoscópico asociados a grupos etarios.

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	18 - 29	%	30 - 41	%	42 - 53	%	54 - 65	%	66 - 77	%	78 - 89	%	90 - 95	%	Total
Gastritis aguda/crónica	18	10.8	22	13.2	26	15.6	47	28.1	30	18.0	23	13.8	1	0.6	167
Varices esofágicas	3	5	3	5	10	16.7	25	41.7	13	21.7	6	10	0	0	60
Úlcera gástrica/duodenal	3	5.7	5	9.4	7	13.2	11	20.8	15	28.3	11	20.8	1	1.9	53
Endoscopia normal	3	8.1	6	16.2	9	24.3	7	18.9	8	21.6	4	10.8	0	0	37
Duodenitis erosiva	2	6.5	3	9.7	6	19.4	6	19.4	8	25.8	5	16.1	1	3.2	31
Hernia hiatal	3	10.7	5	17.9	2	7.1	6	21.4	3	10.7	8	28.6	1	3.6	28
Candidiasis esofágica	0	0	1	10	2	20	2	20	2	20	3	30	0	0	10
Esofagitis	4	18.2	1	4.5	4	18.2	4	18.2	6	27.3	2	9.1	1	4.5	22
Neoplasia gástrica	3	13.6	2	9.1	5	22.7	4	18.2	5	22.7	3	13.6	0	0	22
Neoplasia de esófago	0	0	0	0	0	0	1	12.5	4	50	3	37.5	0	0	8
Estrechez esofágica	1	14.3	0	0	0	0	2	28.6	1	14.3	3	42.8	0	0	7
Otros	3	7.0	4	9.3	4	9.3	15	34.9	8	18.6	8	18.6	1	2.3	43

n = 318

El diagnóstico más prevalente en todos los grupos etarios fue la gastritis (aguda y crónica); se observa un repunte en este diagnóstico en el grupo de edades comprendido entre 54 y 65 años, en donde se presentaron 47 (28.1%) casos. Varices esofágicas represento el segundo diagnóstico más prevalente, al igual que la gastritis evidencio un marcado aumento en el número de diagnosticados en el grupo etario de 54 a 65 años. En relación a las úlceras gástrica/duodenal, la edad en donde se observó mayor prevalencia fue la comprendida entre 66 y 77 años.

Cuadro 5
Diagnostico endoscópicos relacionados a sexo.

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	F	%	M	%	TOTAL
Gastritis aguda/crónica	72	43.11	95	56.88	167
Varices esofágicas	16	26.66	44	73.33	60
Úlcera gástrica/duodenal	17	32.07	36	67.92	53
Endoscopia normal	21	56.75	16	43.24	37
Duodenitis erosiva	13	41.93	18	58.06	31
Hernia hiatal	13	46.42	15	53.57	28
Esofagitis	9	40.9	13	59.09	22
Neoplasia gástrica	8	36.36	14	63.63	22
Candidiasis esofágica	2	20	8	80	10
Neoplasia de esófago	2	25	6	75	8
Estrechez esofágica	3	42.85	4	57.14	7
Otros	16	37.2	27	62.79	43

n = 318

En todos los diagnósticos realizados se observa que el mayor número de afectados son pacientes pertenecientes al sexo masculino.

6. DISCUSIÓN

Se realizó un estudio mediante la revisión sistemática de 318 expedientes de pacientes a quienes se les realizó endoscopia de tracto gastrointestinal superior, observando que la mayor proporción de procedimientos se efectuó en pacientes de sexo masculino. Las características de edad de la población estudiada, muestra una alta dispersión por los valores de rango que se encontraron entre 18 y 95 años, demostrando que la población estudiada no sigue una distribución normal. En el presente estudio se observó que el grupo de edad con mayor prevalencia de patología gastrointestinal es el comprendido entre 54 y 65 años, información que concuerda con la literatura, en la que se evidencia que la población de la tercera edad es más susceptible a los trastornos del tracto digestivo alto.⁽¹⁾ En un estudio similar al presente, realizado en 2001 en el Hospital General San Juan de Dios, en el que se investigaron las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con hemorragia gastrointestinal superior, se observó una prevalencia de 61.42% en el grupo de edades entre 50 y 60 años,⁽²⁾ dato que concuerda con este estudio y deja de manifiesto que la prevalencia de estas enfermedades aumenta con la edad, lo que podría deberse a malos hábitos de alimentación, consumo de sustancias como AINES, tabaco o alcohol.

De los pacientes estudiados, un 15% ya presentaba antecedente de tener una enfermedad gastrointestinal previa, circunstancia que hace propenso al paciente al desarrollo de complicaciones como úlcera gastroduodenal, asociada al apareamiento de adenocarcinoma gástrico, y si a esto se suma otro factor importante, y muy frecuente en la población como lo es la infección por *Helicobacter pylori* aumenta al doble el riesgo.⁽³⁾ El 9.48% de los pacientes presentaron antecedente de alcoholismo, lo que según la literatura es la principal causa de várices esofágicas y se presenta en alrededor de 50% de los pacientes con cirrosis alcohólica, relevante resaltar que estos pacientes tienen un mayor riesgo de padecer hemorragias de la vía superior.^(2,10) Así también se observó que el 8.86% de los pacientes tenían el antecedente de consumo de AINES, siendo uno de los principales factores de riesgo relacionados al diagnóstico de gastritis y úlcera gastroduodenal, además es importante recordar que estos medicamentos se pueden adquirir sin receta médica y debido a que en el adulto mayor existe una alta incidencia de enfermedades osteo-articulares y cardiovasculares, favorecen la ingestión indiscriminada de los mismos, por lo que son factores de riesgo de importancia que pueden generar hemorragia gastrointestinal superior en un 50% de los pacientes.

El tabaquismo se reportó en menos del 1% de los sujetos, lo cual no concuerda con la información obtenida de estudios previos, en donde se asocia fuertemente su consumo al desarrollo de trastornos del tracto gastrointestinal superior, específicamente a la gastritis y úlcera gastroduodenal.⁽²⁾ Un alto porcentaje de expedientes revisados 62.99% no notifican la presencia de antecedentes clínicos, llama la atención este porcentaje tan alto de ausencia de los mismos, ya que está demostrado en la literatura una fuerte asociación de diversos factores como los ya mencionados a lo largo de este trabajo de investigación, con el apareamiento de patologías a este nivel.⁽³⁾ Y da lugar a la incógnita ¿fueron estos interrogados, o no?

La hemorragia gastrointestinal fue el hallazgo clínico más frecuentemente, el cual de acuerdo a estudios previos se asocia principalmente al diagnóstico de várices esofágicas,^(2,3) el segundo hallazgo en frecuencia fue el dolor abdominal, encontrado en el 24% de los casos, sin embargo se considera un síntoma poco específico para determinar patología de vía superior; otros hallazgos clínicos menos frecuentes e inespecíficos de enfermedades del tracto gastrointestinal superior son: pérdida de peso por causa desconocida, signos de shock hipovolémico, presencia de masa a determinar origen, los cuales no se tomaron en cuenta en la presentación de resultados de estudio. Se considera importante mencionar que la información clínica encontrada en los expedientes fue bastante escasa, por lo que es trascendente hacer notar el valor de registrar la información clínica en las papeletas, con la finalidad de contar con una base de datos de calidad.

El diagnóstico endoscópico más prevalente fue la gastritis (aguda y crónica), presentándose en un 56.5% de los casos, la edad en la que se observó mayor prevalencia de este diagnóstico fue la comprendida entre 54 y 65 años, identificándose un mayor número de pacientes con este trastorno en la población masculina con el 56.8% de los casos; información que concuerda con la literatura, en la cual se hace mención que la gastritis es el trastorno gastrointestinal superior más frecuente, y en países en vías de desarrollo alcanza porcentajes de prevalencia hasta del 80%⁽²⁾.

El segundo diagnóstico en orden de prevalencia fueron las várices esofágicas, con un 18.8%, predominando en el sexo masculino con 73.3% y en el rango de edad de 54 a 65 años. El tercer diagnóstico más prevalente fue la úlcera gástrica / duodenal, descrito en el 16.6 % de los expedientes, dato que resulta más elevado de lo esperado, ya que la mayoría de los autores coinciden que su prevalencia se encuentra en alrededor del 10% y

que la edad más frecuente de presentación es de 30 a 50 años en las duodenal y 40 a 60 años en las de origen gástrico, sin embargo se encontró en el presente estudio que la edad en la que se vio con mayor frecuencia fue de 66 a 77 años, tanto en úlceras gástricas como en duodenales.

Un 11.63% de las endoscopias fueron normales. 13% de los diagnósticos fueron patologías poco frecuentes en la población estudiada (Pólipos en cuerpo gástrico, desgarro de Mallory-Weiss, Síndrome de Osler Weber Rendu, parasitosis en vía superior masas extrínseca). Un 6% de los pacientes fue diagnosticado con hernia hiatal, siendo este un trastorno relacionado a la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico, su incidencia se eleva con la edad, principalmente en el sexto decenio de la vida, este aumento en la prevalencia de su diagnóstico a medida que avanza la edad de las personas se asocia a lesiones crónicas de la mucosa gástrica, originadas por exposición a factores considerados como de riesgo.^(1,5)

El 6% de los pacientes presentó neoplasias, esofágica y gástrica. Se observa que el mayor porcentaje de los casos se exhibió en pacientes de sexo masculino, y en edades por encima de los 50 años, información congruente con estudios previos, en donde el promedio de edad para el diagnóstico de neoplasias es de 63 años.

En relación a la indicación de realización de procedimiento, se observa que el 84% de estudios realizados fueron diagnósticos, y tan solo un 16% fueron terapéuticos; abarcando procedimientos como ligadura de várices esofágicas, colocación de sondas de gastrostomía y dilataciones en casos de estenosis.

La prueba Clotest para *Helicobacter pylori* no se realizó en todos los pacientes, a pesar de la alta prevalencia observada a nivel mundial de la infección por esta bacteria, cerca del 50% de la población mundial adulta se encuentra colonizada por *H. pylori*, de las 318 endoscopias incluidas en el estudio, solo se realizaron 49 de estas pruebas, de las cuales solo 9 (18.3%) fueron positivas a la presencia de la infección, se considera relevante resaltar que la infección por este microorganismo está estrechamente relacionada al aumento del riesgo de cáncer gástrico.^(2,10)

7. CONCLUSIONES

- La media de edad observada en la población sometida al procedimiento de endoscopia por vía alta es de 58 años \pm 18.
- La población masculina predomina dentro del grupo de pacientes a los que se les realizó el procedimiento.
- La hemorragia gastrointestinal y el dolor abdominal son los hallazgos clínicos observados con mayor frecuencia en la población estudiada.
- El alcoholismo, la presencia de una patología gastrointestinal superior previamente diagnosticada y el uso indiscriminado de AINES son los antecedentes clínicos más observados en los pacientes a quienes se les realizó el procedimiento.
- Los diagnósticos endoscópicos más prevalentes son: la gastritis, várices esofágicas y úlcera gastroduodenal.
- Existe una baja prevalencia de *Helicobacter pylori* en la población a la que se le realizó la Prueba Clotest.

8. RECOMENDACIONES

9.1 Al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

1. Promover la creación de programas de prevención de enfermedades de tracto gastrointestinal superior, con el fin de disminuir la prevalencia de las mismas en la población, específicamente en la de sexo masculino.
2. Establecer mecanismos de control institucionales con el fin de verificar la correcta elaboración de la historia clínica por parte de los médicos tratantes, con la finalidad de contar con información de calidad en los registros.

9. APORTES

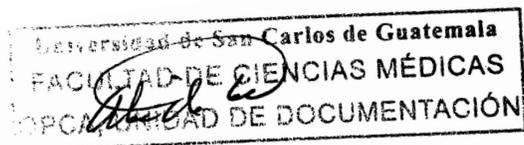
- Brinda al Servicio de Gastroenterología del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS, un estudio que proporcione información actual, respecto a características biológicas, clínicas y endoscópicas de los pacientes a quienes se les realizó el procedimiento de endoscopia gastrointestinal superior.
- Aporta información de los diagnósticos más prevalentes efectuados mediante endoscopia gastrointestinal superior, así como de la proporción de pruebas de Clotest realizada trans-endoscopia, y la prevalencia de H. pylori diagnosticado mediante dicha prueba.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez OM, Arias BU, Duharte JF, Castellanos T, González JE. Afecciones digestivas más frecuentes en el adulto mayor. MEDISAN. [en línea] 2010 [citado 22 Jul 2015]; 14 (4): 511-6
Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_4_10/san12410.htm
2. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, Fauci AS, Hauser SL, Loscalzo J. Harrison: Medicina interna. 18 ed. Distrito Federal: McGrawHill Interamericana; 2012.
3. Taquira S, García R. Caracterización epidemiológica y clínica en pacientes con diagnóstico de hemorragia gastrointestinal superior. [tesis Médico y Cirujano]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas; 2011.
4. Stanghellini V. Three-month prevalence rates of gastrointestinal symptoms and the influence of demographic factors: results from the Domestic International Gastrointestinal Surveillance Study (DIGEST). Scan J Gastroenterol. [en línea] 1999 [citado 22 Jul 2015]; 231(34):20-8. Disponible en:
<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/003655299750025237>
5. Heading RC. Prevalence of upper gastrointestinal symptoms in the general population: a systematic review. Scan J Gastroenterol [en línea] 1999 [citado 23 de Jul 2015]; 231: 3-8. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/med/10565617>
6. Velayos B. Búsqueda de un sistema de priorización de la esófago-gastro-duodenoscopia en pacientes con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico y en otras situaciones clínicas. [tesis Doctoral] Madrid: Universidad de Valladolid, Departamento de Medicina, Dermatología y Toxicología; 2009.
7. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española [en línea] Madrid: RAE; 2015 [28 Ago 2015] Disponible en: <http://www.rae.es/publicaciones/autores>
8. Acosta D, Rodríguez Z, Fong JA, Pagés O. Caracterización del paciente anciano con hemorragia digestiva. MEDISAN [en línea] 2009 [citado 24 de Jul 2015]; 13(2): 1 – 10. Disponible en:
http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=56574&id_seccion=636&id_ejemplar=5726&id_revista=80
9. American Joint Committee on Cancer. Cáncer de esófago. 7 ed. New York: Springer; 2014.

10. Osorio MF. La endoscopia digestiva superior en la Atención Primaria de Salud. RevMedisur [en línea] 2010 [citado 23 de Jul 2015]; 8 (5): 1 – 2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-897X2010000500001&script=sci_arttext
11. Paredes A, Gallegos F, Gálvez D. Manual Gastroenterología. 2 ed. Chile; Universidad de la Frontera; 2014.
12. Miranda JM. Úlcera gástrica. RevMed (Costa Rica). 1987; 498 (465) 1 – 9.
13. Buzinaro R, Faria R, Tranquilino L, GarciaC, Ellinger F, Therezo A, et al. Different risk factors influence peptic ulcer disease development in a Brazilian population. World J Gastroenterol. [en línea] 2012 [citado 25 de Jul 2015]; 18(38): 5404-11. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3471109/>
14. Alcedo J, Marín M, Mearín F. La enfermedad por reflujo gastroesofágico y sus complicaciones. En: Problemas comunes en la práctica clínica. Gastroenterología y hepatología. 2da ed. Madrid: Jarpyo; 2012.
15. Cortés L, Mostacero S, Ducons JA. Indicaciones de la endoscopia digestiva alta. Medicine. 2008; 10(2):117-8.
16. Wilson LJ, Ma W, Hirschowitz BI. Association of obesity with hiatal hernia and esophagitis. Am J Gastroenterol. 1999 Oct; 94(10):2840-4.
17. Bujanda L, Gutiérrez A, Caballeros CH, Alkiza ME. Trastornos gastrointestinales en Guatemala y su relación con infecciones parasitarias An. Med. Interna [en línea] 2002 [citado 22 Jul 2015]; 19 (4) 13 - 18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992002000100002&script=sci_arttext
18. Evans JA, Early DS, Fukami N, Ben-Menachem T, Chandrasekhara V, Chathad KV, et al. The role of endoscopy in Barrett's esophagus and other premalignant conditions of the esophagus. Gastrointestinal Endoscopy. 2012; 76 (6): 1087-94.
19. Buri L, Zullo A, Hassan C, Bersani G, Anti M, Bianco MA, et al. Upper GI endoscopy in elderly patients: predictive factors of relevant endoscopic findings. InternEmergMed. [en línea] 2011 [citado 29 Jul 2015] 8(2):141-6. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21538157>
20. Salvioli B, Serra J, Azpiroz F, Malagelada J. esófago-estómago-duodeno y trastornos funcionales. En: VII Congreso de la Asociación Española de Gastroenterología: 25 – 27 Marzo 2004. Madrid: Asociación Española de Gastroenterología; 2004
21. Rodríguez Z, Acosta D, Fong J, Pagés O. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. Rev. Cub. Cir. 2010 Mar; 49(1):1 - 3

22. Gómez MJ, Machin MJ, Roque K, Hernández G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr. [en línea] 2001 [citado 22 Jul 2015]; 17 (5): 468-72.
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500010
23. Organización Panamericana de la Salud. Conferencia interamericana: Afecciones digestivas más frecuentes en el anciano. 7 ed. Washington, D.C.: OPS; 1994. (Serie Sociedad Violencia y Salud;7)
24. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, Davila RA, Egan J, Leighton JA et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract standards of practice GastrointEndos. [en línea] 2006 [citado 22 Jul 2015]; 63(4): 570-80. Disponible en:
www.asge.org/assets/0/71542/71544/db54732efefe4808b65e317ea6e4e5ee.pdf
25. Early DS, Ben-Menachem T, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, Fisher DA, et al. Appropriate use of GI endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy. [en línea] 2012 [citado 27 Ago 2015]; 75 (6): 1127-31. Disponible en:
<http://www.asge.org/assets/0/71542/71544/28549c5c-8b0e-4050-a588-11791c75ceb2.pdf>
26. Talley NJ. Functional gastroduodenal disorders. Gastroenterology. [en línea] 2006 [citado 27 de Ago 2015]; 130(5):1466-79. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16678560>
27. Kim HJ, Choi BY, Byun TJ, Eun CS, Song KS, Kim YS, et al. The Prevalence of atrophic gastritis and intestinal metaplasia according to gender, age and Helicobacter Pylori infection in rural population. J PrevPublicHealth. [en línea] 2010 [citado 23 Jul 2015] 41(6): 373-9. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19037166>



10. ANEXOS

Código:

Instrumento de recolección de datos:



Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Médicas



Título del estudio: Caracterización clínica y endoscópica de pacientes adultos

Introducción: El siguiente instrumento de recolección de datos es una modificación del instrumento utilizado por el mismo fin en el trabajo titulado “Hallazgos endoscópicos en pacientes de la tercera edad” realizado en el Hospital de enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social durante la practica electiva de la autora del presente trabajo. Consta de 10 preguntas divididas en 3 secciones, las cuales están enfocadas a recopilar información orientada a alcanzar los objetivos de la investigación, con estos datos se podrán calcular las frecuencias de aparición de las variables, así como también se podrá describiré la relación entre los mismos.

1. Información general

1.1. Fecha de recolección de datos:

1.2. Número de Afiliación:

1.3. Edad: años

1.4. Sexo: Masculino

Femenino

2. Características clínicas

2.1. Antecedentes clínicos:

Uso indiscriminado de Antiinflamatorios no esteroideos Tabaquismo Alcoholismo

Enfermedad de vía gastrointestinal superior previa Otros: Sin antecedentes

2.2 Hallazgos clínicos:

Dolor abdominal Pirosis Regurgitación Disfagia

Nauseas y vómitos Hemorragia gastrointestinal superior Otros:

2.3 Indicación de la realización del estudio:

Diagnóstica Terapéutica

3. Características endoscópicas

3.1. Diagnostico endoscópico:

Gastritis aguda/crónica Hernia hiatal Esofagitis

Várices esofágicas Úlcera gástrica/duodenal Neoplasia de Esófago

Duodenitis erosiva Estrechez esofágica Neoplasia Gástrica

Candidiasis esofágica Endoscopia normal Otros:

3.2. Prueba de Clotest:

Se realizó:
Si No

Resultado:
Positiva Negativa