



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**“HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE
PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011”**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE MÉDICO Y
MÉDICA.**

AUTORES:

**MARÍA FERNANDA ABAD REGALADO
MÓNICA MARCELA AGUAYSA REINOSO
CHRISTIAN ROLANDO BERMEO BERNAL**

DIRECTORA Y ASESORA: DRA. MARLENE ÁLVAREZ

**CUENCA – ECUADOR
2013**



RESUMEN

Introducción: La dispepsia es una sintomatología comúnmente referida en la consulta médica diaria, afecta notablemente la calidad de vida de los pacientes. La prevalencia de hallazgos clínicamente significativos en el tracto gastrointestinal alto en adultos.

Objetivo: Determinar la frecuencia de hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos de pacientes con síntomas dispépticos atendidos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital “José Carrasco Arteaga” de la Ciudad de Cuenca en el periodo enero 2010- diciembre 2011.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo desde enero de 2010 a diciembre de 2011. La población estuvo conformada por todos los pacientes con síntomas dispépticos que acudieron al servicio y que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, se les realizó endoscopía digestiva superior y tomó muestra para estudio histológico. Los datos se transcribieron del sistema AS400 a los formularios respectivos, los cuales fueron analizados con el sistema SPSS 19.0.

Resultados: Se revisó el historial de 2795 pacientes, observándose que el grupo etario más frecuente se sitúa entre los 46 y 60 años (36.1%), con predominio del sexo femenino (60.4%), el síntoma más frecuentemente referido fue la epigastralgia (84.3%), seguido de distensión (50.5%). La dispepsia funcional fue el hallazgo endoscópico más común (60.5%) versus dispepsia orgánica (39.5%). Los principales hallazgos endoscópicos significativos fueron las erosiones (16.1%) y esofagitis (12.5%). La infección por *H. pylori* se encontró presente en el 61.6%. La gastritis crónica activa fue el hallazgo histológico observado con mayor frecuencia.

Conclusiones: Las características observadas en la población de Cuenca no difieren demasiado de los estudios internacionales revisados.

PALABRAS CLAVE: DISPEPSIA, EPIGASTRALGIA, ENDOSCOPIA, HELICOBACTER PYLORI.

DeCS: DISPEPSIA/DIAGNOSTICO; DOLOR ABDOMINAL; ENDOSCOPIA/MÉTODOS; ENDOSCOPIA/UTILIZACIÓN; HELICOBACTER PYLORI; GASTRITIS/PATOLOGÍA; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA; HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL; CUENCA-ECUADOR



ABSTRACT

Introduction: Dyspepsia is a common symptomatology in daily medical practice, affects notably patients' quality of life. The prevalence of clinically significant upper gastrointestinal findings in adult patients and their predictability is unknown.

Objective: To determine frequency of clinical, endoscopic and histological findings in patients with dyspeptic symptoms treated at Gastroenterology Unit of José Carrasco Arteaga Hospital in Cuenca from January 2010 to December 2011.

Methodology: A descriptive epidemiological study of cross section was conducted, from January 2010 to December 2011. The population consisted of all patients with dyspeptic symptoms who attended the service that met the inclusion and exclusion criteria established underwent upper gastrointestinal endoscopy, and samples were taken for histological research. The data were transcribed AS400 system to the respective forms, which were analyzed with SPSS 19.0.

Results: We reviewed 2795 patients' records, the most common age group is between 46 and 60 years old (36.1%), predominantly female (60.4%), the most frequently reported symptom was epigastric pain (84.3 %), followed by abdominal distension (50.5%). Functional dyspepsia was the most frequent endoscopic finding (60.5%) versus organic dyspepsia (39.5%). The most frequent significant endoscopic findings were erosions (16.1%) and esophagitis (12.5%). Infection by *H. pylori* was present in 61.6%. The chronic active gastritis histological finding was observed more frequently (36.6%).

Conclusion: Features observed among population of Cuenca city don't differ too much from the international studies reviewed.

KEY WORDS: DYSPEPSIA, EPIGASTRIC PAIN, ENDOSCOPY, HELICOBACTER PYLORI.

DeCS: DYSPEPSIA/DIAGNOSIS; ABDOMINAL PAIN; ENDOSCOPY/METHODS; ENDOSCOPY/UTILIZATION; HELICOBACTER PYLORI; GASTRITIS/PATHOLOGY; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE; HOSPITAL DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL; CUENCA-ECUADOR

**INDICE DE CONTENIDOS**

Contenido	Pág.
RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CAPÍTULO I	14
1.1 INTRODUCCIÓN	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.3 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS	18
CAPÍTULO II	20
FUNDAMENTO TEÓRICO	20
2.1 DISPEPSIA	20
2.1.1 Definición	20
2.1.2 Sintomatología	21
2.1.3 Epidemiología	22
2.1.4 Etiopatogenia	23
2.1.5 Fisiopatología	23
2.1.6 Dispepsia y Helicobacter Pylori	24
2.1.7 Diagnóstico	24
2.1.8 Tratamiento	27
2.2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	28
2.3. HALLAZGOS HISTOLÓGICOS Y DISPEPSIA	30
CAPÍTULO III	33
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	33
3.1 Objetivo General	33
3.2 Objetivos Específicos	33
CAPÍTULO IV	34
DISEÑO METODOLÓGICO	34
4.1 Tipo de estudio y diseño general	34
4.2 Área de estudio	34
4.3 Universo de estudio	34
4.4 Unidad de análisis y observación	34
4.5 Definición de caso	34



4.6 Criterios de inclusión.....	35
4.7 Criterios de exclusión.....	35
4.8 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de los datos	35
4.9 Operacionalización de las variables.....	37
CAPÍTULO V.....	38
5.1 Plan de análisis de los resultados.....	38
5.2 Programas utilizados para el análisis de datos.....	38
5.3 Consideraciones éticas.....	38
CAPÍTULO VI.....	39
RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO VII.....	54
DISCUSION	54
CAPÍTULO VIII.....	58
CONCLUSIONES	58
CAPÍTULO IX.....	59
RECOMENDACIONES	59
CAPÍTULO X.....	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	60
CAPÍTULO XI.....	72
ANEXOS	72



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Fernanda Abad Regalado, autora de la tesis "**HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011**", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2013

María Fernanda Abad Regalado

CI. 0302308598

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Mónica Marcela Aguaysa Reinoso, autora de la tesis **“HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011”**, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médica. El uso que la Universidad de Cuenca hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, Julio del 2013

Mónica Marcela Aguaysa Reinoso

CI. 0104195672

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Christian Rolando Bermeo Bernal, autor de la tesis "HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011", reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Cuenca, Julio del 2013

Christian Rolando Bermeo Bernal

CI.0104154604

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, María Fernanda Abad Regalado, autora de la tesis **"HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2013

María Fernanda Abad Regalado

CI. 0302308598

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316
e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Mónica Marcela Aguaysa Reinoso, autora de la tesis **"HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011"**, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, Julio del 2013

Mónica Marcela Aguaysa Reinoso

CI. 0104195672

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Fundada en 1867

Yo, Christian Rolando Bermeo Bernal, autor de la tesis "**HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011**", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, Julio del 2013

Christian Rolando Bermeo Bernal

CI. 0104154604

Cuenca Patrimonio Cultural de la Humanidad. Resolución de la UNESCO del 1 de diciembre de 1999

Av. 12 de Abril, Ciudadela Universitaria, Teléfono: 405 1000, Ext.: 1311, 1312, 1316

e-mail cdjbv@ucuenca.edu.ec casilla No. 1103

Cuenca - Ecuador



DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado con mucho cariño a nuestros padres, quienes nos han brindado su apoyo incondicional en este largo proceso de aprendizaje y nos han dado todo el impulso necesario para culminar con éxito una meta más en nuestra vida profesional.

A Dios por darnos la vida y habernos iluminado y acompañado a lo largo de nuestra vida estudiantil.

Al personal que labora en el Hospital José Carrasco Arteaga, en especial a aquellos quienes forman parte de los departamentos de Gastroenterología, Patología y Docencia, los mismos que contribuyeron para que éste trabajo pueda llevarse a cabo.

LOS AUTORES



AGRADECIMIENTO

Los autores del presente trabajo de investigación deseamos expresar nuestro más sincero agradecimiento al Dr. Gustavo Calle Hinojosa y a la Dra. Marlene Álvarez, quienes nos apoyaron, y exigieron, con toda la paciencia de la que fueron capaces cuando todo parecía perdido.

Al Hospital José Carrasco Arteaga sus respectivas autoridades, personal de salud y administrativo de la ciudad de Cuenca quienes con toda su buena voluntad nos abrieron sus puertas, indispensable para el avance y ejecución del presente estudio.

A todos los/las personas quienes acuden a este centro hospitalario, los mismos que de forma anónima participaron en este estudio, de quienes nace la inspiración para este trabajo.

Finalmente queremos expresar un agradecimiento profundo a nuestros familiares, amigos cercanos; por la paciencia, interés, tolerancia y apoyo desinteresado, por los gratos momentos compartidos y por impulsarnos a continuar a pesar de todos los obstáculos que se presentaron en el camino.

LOS AUTORES



CAPÍTULO I

1.1 INTRODUCCIÓN

La dispepsia es un complejo sintomático que presenta una elevada prevalencia, alrededor de 25% en la población general, constituyendo de esta manera un motivo de consulta frecuente y determinando un importante impacto en el ámbito laboral, económico, sanitario y personal ^[1].

La dispepsia es causa de consulta diaria de las Unidades de Gastroenterología de diversos centros hospitalarios, una afección común cuya definición es controversial, comúnmente referida como aquel dolor, malestar o disconfort centrado en la parte media y superior del abdomen, la misma que incluye síntomas como náuseas, distensión abdominal, flatulencia, eructos, saciedad precoz, vómitos, entre otros ^[2].

Tras la revisión de estudios realizados en Norteamérica se ha podido observar que la prevalencia en estos países es alta, siendo así que aproximadamente un tercio de los adultos experimenta dolor o disconfort en la parte superior del abdomen durante un determinado año. De estos sólo una cuarta parte busca tratamiento, haciendo de la dispepsia causa de 4% de consulta en atención primaria y 20% en las unidades de gastroenterología ^[3].

La dispepsia es un síntoma, no un diagnóstico; ante consulta por primera ocasión de epigastralgia estamos frente a un caso de dispepsia ó dispepsia no investigada. Se habla de dispepsia funcional ante la evidencia endoscópica de mucosa gástrica normal o con lesiones que no consideramos significativas y dispepsia orgánica cuando existe problema significativo que explique los síntomas ^[4].

La dispepsia funcional tiene buen pronóstico, pero de la misma manera afecta notablemente la calidad de vida de las personas que la padecen. Su prevalencia es alta, implicando así un considerable impacto social y económico. El método diagnóstico considerado de elección o *gold estándar* es el estudio histológico obtenido por endoscopia digestiva ^[5].



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dispepsia constituye un problema de salud pública en todos los países en la sociedad moderna, muchos factores individuales, familiares y sociales son de influencia para su aparición.

Como en nuestro país no existen cifras oficiales sobre ésta patología, debido a la carencia de estudios científicos y publicaciones indexadas, las siguientes estadísticas están basadas en importantes investigaciones científicas; algunas han sido recopiladas en el ámbito de la salud pública –hospitales y centros médicos- y otras han resultado de las pesquisas e iniciativas particulares de organizaciones y asociaciones. Así encontramos los siguientes datos:

Cohen, González, en su estudio publicado en 2009 coinciden que; la dispepsia es una afección de elevada prevalencia en la zona occidental, constituyendo aproximadamente un 25% en la población general de EE.UU. y España, es causa frecuente de consulta tanto en atención primaria (2-5%), así como en la consulta de gastroenterología (40%), cifras alarmantemente altas ante la aseveración de que solo uno de cada cuatro pacientes con síntomas dispépticos consulta al médico ^[1].

De los pacientes con dispepsia, según el estudio de Rocha en 2007, dos terceras partes son de tipo funcional. La prevalencia es de aproximadamente 15 a 40% de la población general. La dispepsia funcional constituye la causa del 2 al 4% de las visitas en atención primaria, siendo ligeramente mayor en el sexo femenino y en personas sobre los 45 años ^[2].

Estudios en Corea y Japón demostraron que el síndrome de distres postprandial (dispepsia tipo dismotilidad) estuvo presente en 69.9% y 81.3 % de pacientes con dispepsia, respectivamente ^[6].

En el estudio DIGEST, la etiología más común, tomando como base los resultados de la dispepsia investigada con el procedimiento de la endoscopia,



es la dispepsia funcional (60%), seguido de úlcera péptica (15-25%), la esofagitis por reflujo (5-15%), y el cáncer de esófago o gástrico (<2%). Además estima que hasta un 27% de las personas que presentan síntomas gastrointestinales altos se automedican con antiácidos y/o agonistas de los receptores H₂ [7].

En España Barenys et al detectaron por endoscopia uno o más hallazgos patológicos en el 45%; úlcera péptica en un 24%, esofagitis en otro 24%, neoplasia en un 2% de los pacientes remitidos desde atención primaria por dispepsia [5].

Por otra parte Thomson et al identificaron hallazgos endoscópicos clínicamente significativos en 58% (603/1040) de los pacientes. Esofagitis erosiva fue el hallazgo más común (43%); la úlcera péptica fue poco frecuente (5.3%). Los síntomas de alarma también fueron escasos (2.8%). La mayor parte de los pacientes tuvieron al menos tres síntomas de dispepsia, más del 80% tuvo al menos seis síntomas, y aproximadamente la mitad tuvo ocho o más síntomas. El síntoma dominante de los pacientes no fue predictivo para los hallazgos endoscópicos. La esofagitis fue más común en aquellos con dispepsia tipo reflujo como síntoma dominante y fue el hallazgo más común en todos los subgrupos. La infección por *Helicobacter pylori* (30%) se asoció con los hallazgos gastroduodenales [8].

En Perú 2010, Novoa, De los Ríos, Pinto et al, concluyen que la prevalencia de la dispepsia varía entre 12% y 45% en distintas poblaciones a nivel mundial y 35% en una población peruana, y representa el 20% a 40% de las consultas gastroenterológicas en Estados Unidos y entre 25% y 40% en Perú. Más del 50% de la población mundial y entre el 58% y 83% de los peruanos, tienen infección gástrica con *Helicobacter pylori* y se le ha asociado a un aumento de la prevalencia de la dispepsia. Mientras que en pacientes con dispepsia funcional la prevalencia de infección con *Helicobacter pylori* es 23% mayor que en la población general [9]. En nuestro país, Gómez y col, 2007, estiman una prevalencia de *H. pylori* entre 40 y 70% [10].



En la ciudad de Cuenca, Santana M, Torres T y Seminario M, llevaron a cabo un estudio de casos y controles en 174 pacientes dispépticos que acudieron a la clínica España entre 2002 a 2004, con el objetivo de determinar el grado de dispepsia en pacientes infectados con *Helicobacter pylori* (HP) y aquellos sin infección, no se encontró asociación significativa entre HP y dispepsia, además cabe recalcar que el diagnóstico de HP se hizo mediante test de ureasa ^[11].

Por otro lado, en un estudio de cohorte en 92 pacientes asintomáticos realizado en la ciudad de Cuenca por Coronel E., Palacios J., Ugalde P., Valdiviezo J., en 2008, en el cual se detectó *H. pylori* mediante test de ureasa, los investigadores encontraron la presencia de lesión gástrica en el 77.2 % de pacientes y prevalencia de *H. pylori* de 21% con una $p = 0.9$, sin establecer una asociación significativa ^[12].

Con este estudio se pretende conocer ¿cuáles son los principales hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos de los pacientes que consultan por síntomas dispépticos en nuestra ciudad?, acercarnos a la realidad del habitante ecuatoriano y responder interrogantes respecto al tema; ya que, como se ha mencionado, las evidencias en nuestro país son muy escasas.



1.3 JUSTIFICACION Y USO DE LOS RESULTADOS

La sintomatología dispéptica es causa frecuente de consulta en la unidad de gastroenterología, es así, que en varias ocasiones y cuando se considera pertinente se decide realizar a dichos pacientes la endoscopia digestiva superior buscando de esta manera confirmar o descartar patología orgánica.

A pesar de la evidencia de varios estudios internacionales que indican cifras altas de dispepsia funcional, algo menor en el caso de dispepsia orgánica y dentro de esta cifras muy bajas de cáncer gástrico, no podemos pretender resultados similares, dada la escasez de publicaciones científicas en nuestro medio, tampoco es posible comparar resultados.

Al ser habitantes de una comunidad perteneciente a un país en vías de desarrollo, en donde, según estadísticas, la prevalencia de *H. pylori* es bastante elevada, oscilando entre el 40 y 70% en los adultos (Gómez y col., 2007), se consideró de importancia medir la frecuencia de infección por esta bacteria en nuestra comunidad, mediante la toma de biopsias gástricas, a la vez, relacionar estos hallazgos con los encontrados en el momento de la endoscopia, demás hallazgos de patología y porque no con la sintomatología por ellos referida, todo esto al contar con un servicio de gastroenterología tan eficiente y con gran afluencia de pacientes como el existente en el Hospital "José Carrasco Arteaga".

De esta manera, se identificaron los hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos de pacientes con síntomas dispépticos atendidos en el servicio de gastroenterología en el periodo enero 2010-diciembre 2011.

Al concluir el trabajo, los datos resultantes estarán disponibles en la biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas donde podrán ser utilizados por profesores, autoridades de salud y de manera prioritaria por los estudiantes de la facultad de medicina y futuros médicos, los mismos que serán los encargados de difundir la información necesaria a pacientes y tomar pasos importantes para marcar la diferencia, generar pautas y comportamientos que permitirán conocer



si ellos mismos o alguien cercano padece esta patología, para que de esta manera pueda recibir la ayuda necesaria; así como también frenar el progreso y complicaciones de esta patología en etapas iniciales; de igual manera pretendemos que generen conciencia sobre los riesgos que puede producir el padecimiento de esta enfermedad.



CAPÍTULO II

FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1 DISPEPSIA

2.1.1 Definición

Etimológicamente la palabra dispepsia del sufijo griego dys (alteración) y de la palabra griega pepsis (digestión), definida por la Asociación Americana de Gastroenterología como un dolor o malestar crónico recurrente localizado en el abdomen superior. Sin embargo, una de las definiciones más aceptada es la propuesta por un grupo internacional de expertos en la reunión conocida como Roma II, el cual la define como “dolor (o molestia) centrado en el abdomen superior”^[13,14], crónica o recurrente, independientemente de su causa^[15].

La dispepsia puede ser orgánica cuando existe un proceso orgánico definido en su etiología o que explique la causa de la sintomatología, o funcional cuando no es posible identificar ninguna alteración estructural de importancia a la cual atribuir su origen^[9].

Cuando tras realizar pruebas complementarias como la endoscopía no se encuentra ninguna causa orgánica que justifique la clínica se puede utilizar también el término de dispepsia funcional. Anteriormente se utilizaba el término “dispepsia no ulcerosa”, el mismo se considera hoy en día incorrecto debido a que existen varias otras causas de dispepsia orgánica además de la úlcera^[16].

En 2006 se realizó un nuevo consenso de expertos, Roma III, en el que se definió la dispepsia funcional como la “presencia de síntomas originados en la región gastroduodenal, en ausencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicarlos”^[17].



El mismo comité subdividió la dispepsia funcional en dos síndromes diferentes debido a la heterogeneidad de los síntomas que se consideraron previamente. Estos son el síndrome de distrés postprandial y el síndrome del dolor epigástrico.

2.1.2 Sintomatología

Los síntomas dispépticos evaluados son: epigastralgia, distensión abdominal, llenura postprandial, náusea, vómito, pirosis, regurgitación, eructos, flatulencia, meteorismo, languidez ^[18], síntomas de alarma (disfagia, hematemesis, melena, pérdida de peso, anorexia, anemia) ^[19,20].

Para hablar de dispepsia funcional es necesario que los síntomas hayan tenido por lo menos tres meses de duración, con un inicio de al menos seis meses antes e incluir uno o más de los siguientes criterios: dolor epigástrico, ardor epigástrico, saciedad precoz, plenitud postprandial; y sin evidencia de enfermedad estructural que pueda explicar los síntomas ^[17,21].

Es importante diferenciar el dolor o ardor como síntoma dispéptico de la pirosis, ya que este último se considera un síntoma de los trastornos funcionales esofágicos, de la misma manera diferenciarlo del dolor del síndrome de intestino irritable; sobre todo en pacientes en los que pueden coincidir con uno o ambos trastornos ^[22].

Así es, que la pirosis se define como aquella sensación de ardor retroesternal, la misma ha sido excluida como síntoma dispéptico por el comité de Roma III, por considerarse más específica para el diagnóstico de Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE), pero tras la revisión de varios artículos es evidente la posibilidad de solapamiento entre la dispepsia y la ERGE ^[23,24,25], por tal razón se considera como un síntoma dispéptico en este estudio.

En el síndrome de dolor epigástrico encontramos, síntomas de por lo menos tres meses de duración, con inicio por lo menos seis meses antes, con todos



los siguientes criterios: dolor y/o ardor epigástrico intermitente, con intensidad que varía de moderada a grave, al menos una vez por semana, no generalizado o localizado en otras regiones de abdomen o tórax, no relacionado con la defecación o flatulencia.

En cuanto al síndrome de distrés postprandial, debe existir síntomas de por lo menos tres meses de duración, con inicio por lo menos seis meses antes, de uno o más de los siguientes criterios: plenitud postprandial o saciedad precoz [17,26].

2.1.3 Epidemiología

La dispepsia es una afección muy frecuente que se ha venido investigado desde hace varios años, como lo confirman el estudio de Jones-Lydeard en 1989. Knill-Jones 1991 observaron una prevalencia que varía entre 19 y 41% en diferentes zonas geográficas, por otra parte Penston en 1996 en un estudio de prevalencia indica que ésta es de un 38% en la comunidad a los seis meses. Constituye entre el 2% y 3% de las consultas a los médicos generales (Jones 1989) y un 40% de todas las consultas a los gastroenterólogos [27,28,29].

Hormasa et al en 2002 observaron que los pacientes más afectados por esta patología tienen alrededor de treinta años y Bixquert coincide con ellos al mencionar en su estudio que pacientes con una edad de entre 15 y 30 años son los que más acuden a consulta con sintomatología dispéptica [30,31].

Sin embargo, entre 50% y 60% de los pacientes que se realizan endoscopia presentan lesiones clínicamente no significativas (Williams 1988) y pertenecen al grupo que de dispépticos funcionales [32,33].

Naliboff y col 2000 mencionan el género como una variante más q se relaciona con dichos trastornos ya que estos síntomas ocurren dos veces más en mujeres que en varones [34].



En estudios realizados en Perú, investigadores observaron una prevalencia de dispepsia de 37.6%; y al relacionarla con los alimentos esta cifra se elevó hasta un 54% (Barros 2008). Actualmente se considera a la dispepsia como un trastorno multifactorial. De manera similar al estudio mencionado anteriormente en más del 60% de los pacientes con dispepsia no se les encuentra un aparente factor determinante, es decir corresponden al tipo funcional ^[13,35].

2.1.4 Etiopatogenia

Aún se desconoce la etiopatogenia de la dispepsia funcional y al parecer es multifactorial, los mecanismos que se han sugerido son: alteración de la acomodación gástrica, enlentecimiento del vaciamiento, hipersensibilidad visceral, hipersensibilidad duodenal, anormal motilidad duodenoyeyunal, fluctuaciones fásicas del volumen postprandial, alteraciones mioeléctricas y alteraciones de la regulación a nivel de los sistemas nerviosos central y autónomo. Además causas genéticas, infecciosas y post-infecciosas ^[17].

A más de los factores orgánicos, se han propuesto otros factores de tipo psicológico que expliquen este trastorno, los cuales son: depresión, estrés, neuroticismo e introversión; asociados fuertemente a patologías gastrointestinales ^[35].

2.1.5 Fisiopatología

A pesar de no existir estudios concluyentes sobre la fisiopatología de la dispepsia funcional existen factores que parecen estar fuertemente asociados a esta, se han identificado los siguientes: alteraciones en la secreción ácida gástrica, dismotilidad duodenal, hipersensibilidad visceral, infección por *Helicobacter pylori*, estrés y factores psicológicos ^[36].



2.1.6 Dispepsia y Helicobacter Pylori

En ciertos casos de dispepsia se ha establecido un diagnóstico de H. pylori conjuntamente, pero no podemos decir que se encuentran ligados ya que en diversos estudios se ha observado una frecuencia de H pylori similar tanto en pacientes dispépticos como en aquellos que no presentaron síntomas, por tanto la asociación general resulta bastante débil. Por otra parte los estudios prospectivos en cuanto al tratamiento erradicador de H. pylori también han resultado decepcionantes ^[37].

El consenso latinoamericano de Helicobacter pylori, menciona la alta prevalencia en nuestro país, con cifras que van desde el 30 al 90 % ^[38], las mismas que son similares a las escasas publicaciones existentes en nuestro medio ^[39].

2.1.7 Diagnóstico

Es muy importante llevar a cabo una minuciosa historia clínica y examen físico, así como complementarlos con exámenes de laboratorio: hemograma, hemoglobina y hematocrito; determinaciones de bilirrubinas directa y total, transaminasas glutámico-oxalacética y glutámico-pirúvica, fosfatasas alcalinas y amilasas; investigación de anticuerpos de tipo IgG contra Helicobacter pylori, en pacientes aún no tratados por infección con este microorganismo; investigación de sangre oculta y parásitos en heces, entre otros ^[40].

A pesar de que la endoscopía se considera un método invasivo y no está exenta de complicaciones, es el “gold estandar” o “prueba de oro” cuando se acompaña de un análisis histológico.

La realización de un diagnóstico endoscópico brinda una información sobre la entidad que ocasiona los síntomas que no puede ser sustituida por ningún otro procedimiento, permite determinar si se requiere un seguimiento endoscópico



de la lesión. En la mayoría de los pacientes dispépticos la endoscopia es normal o muestra sólo congestión y eritema ^[41].

El estudio del paciente con dispepsia es controversial, muchos investigadores sostienen que para ahorrar recursos, en ausencia de signos y síntomas de alarma los enfermos deben ser tratados empíricamente y realizar endoscopia sólo si las molestias persisten ^[42].

Guías actuales sugieren que todos los pacientes sobre los 45 años, con síntomas de dispepsia, o aquellos que siendo menores de 45 años y que presenten signos de alarma (vómito, sangrado gastrointestinal, masa abdominal, disfagia, pérdida de peso inexplicable y anemia), deben someterse a endoscopia digestiva ^[43].

No hay acuerdo sobre la alternativa diagnóstica o terapéutica inicial en el paciente menor de 50 años con dispepsia y sin síntomas ni signos de alarma, algunos autores han propuesto 45 o 55 años como umbral de edad. Se consideran síntomas o signos de alarma los siguientes: disfagia, anorexia marcada, pérdida importante de peso, anemia, sangrado digestivo (melenas, hematemesis), adenopatías tumorales, masa abdominal y vómitos. La edad de corte depende, básicamente, de la prevalencia de cáncer gástrico en una población determinada; a mayor prevalencia menor edad de corte. Con los enfermos mayores de 50 años ocurre algo totalmente diferente, se indica endoscopia aún en ausencia de síntomas o signos de alarma, porque rebasada esa edad la posibilidad de cáncer de estómago o esófago se incrementa ^[4,43].

El Consenso Latinoamericano sobre la infección por *H. pylori* (Río de Janeiro, 1999), considera además que en los pacientes con dispepsia de más de tres meses de duración, que sean mayores de 30 a 40 años, se debe practicar un examen endoscópico dependiendo de la prevalencia local de cáncer gástrico, e investigarse la presencia de *H. pylori*, que en caso de estar presente, debería ser tratado ^[44].



La OMED evalúa y clasifica los signos endoscópicos según la terminología mínima estándar (MST) de la siguiente manera ^[45]: eritema, congestión, aspecto granular, nodular, aspecto atrófico, mucosa hemorrágica, petequias, lesiones planas tipo manchas, lesiones protruyentes tipo pliegues gástricos agrandados, pápulas, pólipos, tumor, lesiones deprimidas tipo erosión, úlcera, cicatriz, el resto de términos en la MST se agrupa en otros.

En base a diversos estudios se han clasificado los hallazgos endoscópicos en dos grupos, según la gravedad de las lesiones, tenemos así las lesiones endoscópicas clínicamente significativas y las lesiones endoscópicas clínicamente no significativas ^[8,46].

Lesiones endoscópicas clínicamente significativas: erosiones, úlcera, esofagitis, tumor, cáncer de esófago y estómago.

Erosiones: defectos superficiales de la mucosa menores a 0.5 cm de diámetro, de color blanco o amarillo.

Úlceras: ruptura de la mucosa mayor a 0.5 cm de diámetro ^[47]. Las úlceras se encuentran en aproximadamente el 10% de pacientes que acuden a valoración por dispepsia ^[48,49].

La gravedad de la esofagitis por reflujo se califica mediante la clasificación de Savary (I. Lesión única, erosiva o exudativa. II. Lesiones múltiples, erosivas o exudativas, pueden ser confluentes. III. Lesiones erosivas o exudativas, circunferenciales. III. Cualquiera de las anteriores, más úlcera o estenosis y/o esófago corto. V. Barret con o sin lesiones de I a III) ^[50].

Tumor: se usa para describir cualquier lesión que parece de naturaleza neoplásica, pero sin ningún intento de decir si es benigna o maligna ^[51].

La Organización Mundial de la Salud (OMS), clasifica histológicamente al cáncer en: Papilar, tubular (tub1, tub2 y tub3), en células en anillo de sello,



indiferenciado propiamente y mucinoso ^[52]. Debido a que los casos de cáncer son raros, se ha reportado únicamente como adenocarcinoma.

El resto de lesiones no fueron consideradas clínicamente significativas teniendo en cuenta los trabajos de Thomson et al, 2003 y Wafa y col, 2006 ^[8,46].

Lesiones endoscópicas clínicamente no significativas: gastropatías producidas por el *Helicobacter pylori*, duodenitis confirmada por histología, gastropatía eritematosa, hiperemica, folicular, hernia de hiato. Estos hallazgos deben considerarse inespecíficos, y su presencia no tiene valor diagnóstico ni pronóstico. Por tanto, en un paciente dispéptico en el que la endoscopia revele únicamente estos hallazgos, esta exploración debe considerarse como negativa, y el paciente debe ser catalogado en el grupo de dispepsia funcional ^[53,54].

2.1.8 Tratamiento

No existe un acuerdo en la comunidad médica sobre cómo y cuándo tratar la dispepsia funcional, lo más importante es mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Se menciona en general dos líneas de tratamiento: a) no farmacológico; y b) farmacológico.

2.1.8.1 Tratamiento no farmacológico: hace referencia a un estilo de vida saludable como: dieta adecuada, no fumar, evitar el uso excesivo de alcohol, disminuir el sobrepeso, realizar actividad física con regularidad, técnicas de manejo y control del estrés, apoyo psicológico y conductual, además evitar el uso innecesario y sin prescripción médica de fármacos ^[55].

2.1.8.2 Tratamiento farmacológico: los fármacos que más se usan son los antiácidos, antagonistas H₂, proquinéticos, los inhibidores de la bomba de protones, todos estos fármacos con un efecto paliativo.



En cuanto a la presencia de *Helicobacter pylori* en dispepticos funcionales, no hay niveles de evidencia o acuerdo entre los especialistas que indique o contraindiquen la administración de tratamiento erradicador, ya que no está claro que produzca mejoría y existe gran número de personas infectadas por esta bacteria que no presentan sintomatología ^[42,55].

2.2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

El estudio endoscópico alto (endoscopia digestiva alta) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico utilizado rutinariamente en la práctica gastroenterológica diaria ^[56].

El endoscopio se utilizaba desde tiempos muy antiguos, existen datos de su uso en la Grecia y Roma antiguas, en las ruinas de Pompeya se descubrió un instrumento considerado un prototipo de los endoscopios. En 1805, Philip Bozzini, intentó por primera vez observar el cuerpo humano de un ser vivo a través de un tubo creado por el conocido como Lichtleiter, el mismo que poseía una guía de luz, fue usado para estudiar el tracto urinario, recto y faringe.

En 1853, el francés Antoine Jean Desormeaux, usó por primera vez en la historia el término “endoscopio”, al mencionar un instrumento desarrollado por el y diseñado para observar el tracto urinario y la vejiga.

En 1868, el Dr. Adolph Kussmaul de Alemania, tras realizar varias pruebas, logró observar el interior del estómago de un cuerpo humano vivo por primera vez.

Todos los endoscopios mencionados con anterioridad no eran para nada flexibles, hasta que en el año de 1932, el Dr. Rudolph Schindler inventó un gastroscopio flexible y fue capaz de examinar el interior de un estómago a través de un sistema de lentes y lámpara eléctrica en miniatura ^[57].

Hasta antes de 1970 el método más utilizado para el diagnóstico de patologías gastrointestinales fue la radiografía gástrica contrastada, pero desde finales de



1970, el método de radiografías fue progresivamente reemplazado por la endoscopia digestiva alta ^[58].

El uso de endoscopios de fibra y video-endoscopios en el diagnósticos de las enfermedades del tracto digestivo superior ha dado indiscutibles avances; en la actualidad la endoscopia alta es el examen de elección en el estudio del esófago, estómago y duodeno, por su demostrada sensibilidad y especificidad comparado con los métodos radiológicos, alcanzando una sensibilidad diagnóstica entre 85% a 98%.

La patología del tracto digestivo superior es muy amplia; a pesar de ser así, una de las molestias más frecuentes, por las que acuden los pacientes a los servicios de consulta de atención primaria y gastroenterología es la dispepsia, llegando a porcentajes muy elevados ^[59]. Varios de estos pacientes, ante la necesidad basada en la evidencia, son sometidos a endoscopia digestiva. La endoscopia digestiva alta es un procedimiento seguro, con una tasa de complicación menor al 2 %; su incidencia aumenta cuando se realizan biopsias o procedimientos terapéuticos. Se calcula una mortalidad de 0,5 a 3 % de pacientes por 10.000 estudios endoscópicos realizados. Cumple una triple misión en el manejo de las enfermedades digestivas: diagnóstica, pronóstica y terapéutica ^[60].

Según la revista SEMERGEN las indicaciones para realizar endoscopia digestiva alta son las siguientes:

Endoscopia solicitada por vía normal a pacientes mayores de 50 años con síntomas persistentes a pesar del tratamiento antisecretores y del H. pylori, antecedentes de úlcera gástrica, tratamiento continuo con AINE, riesgo alto de neoplasia gástrica, ansiedad persistente.

Endoscopia preferente (en las dos semanas posteriores) en presencia de síntomas de alarma.



Endoscopia urgente cuando exista sangrado agudo gastrointestinal.

En pacientes con endoscopia previa, será necesario repetir el procedimiento ante la evidencia de signos o síntomas de alarma, en caso de empeoramiento de los síntomas o ausencia de mejoría sintomática ^[61].

La endoscopia se considera la prueba de elección para investigar las lesiones de la mucosa gástrica, ya que permite tomar muestras para biopsia y/o detección del *H. pylori*, además, posee un elevado rendimiento diagnóstico para úlcera péptica y cáncer gástrico con una exactitud del 96% ^[62].

La realización de una endoscopia disminuye la incertidumbre del médico y del paciente, observándose incluso mejora clínica ante el resultado de una endoscopia negativa para patología, cabe resaltar que por su costo elevado no siempre es accesible, a menudo tampoco es bien tolerada, y en muy raras ocasiones se presentan complicaciones ^[63].

2.3. HALLAZGOS HISTOLÓGICOS Y DISPEPSIA

No existen estudios que relacionen los síntomas dispépticos con los hallazgos histológicos, pero sí la presencia de *H. pylori* con estos últimos y con la dispepsia; aunque de una manera muy débil, ya que, la frecuencia de *H. pylori* en pacientes dispépticos es igual que en aquellos asintomáticos ^[64]. La asociación es más fuerte al establecer una relación entre *H. pylori* y gastritis crónica y cáncer gástrico ^[65,66].

Los hallazgos histológicos que se consideran en este estudio son los siguientes:

2.3.1. Gastritis: se han dividido en dos grupos, generales y específicas; para la clasificación general de gastritis usamos la propuesta por el Sistema Actualizado de Sydney: dividiéndola en gastritis atrófica y no atrófica y separándola de los hallazgos de mucosa normal. La gastritis no atrófica hace



referencia a una mucosa gástrica si cambios degenerativos epiteliales y glandulares, en la gastritis atrófica, estos cambios están presentes ^[67]. En cuanto a la clasificación específica de gastritis usamos la propuesta por Rubín y Farber: gastritis crónica, gastritis crónica activa, gastritis crónica superficial, gastritis crónica profunda, gastritis hipertróficas, metaplasia intestinal completa, incompleta y mixta ^[68].

Gastritis Aguda: se caracteriza por ser transitoria y presentar infiltrado neutrófilico. Gastritis Crónica: presenta infiltrado linfocítico y/o células plasmáticas, cuando además presenta polimorfonucleares se denomina Gastritis Crónica Activa. Si el infiltrado se encuentra localizado en la zona superficial, sin comprometer las glándulas gástricas, recibe el nombre de Gastritis Crónica Superficial; cuando compromete toda la extensión de la lámina propia se conoce como Gastritis Crónica Profunda. Hablamos de Metaplasia Intestinal cuando existen alteraciones degenerativas con reducción glandular, el epitelio de las glándulas gástricas es remplazado por células columnares absortivas y células caliciformes. En la Metaplasia Intestinal Completa existe un patrón celular semejante al del intestino delgado, en tanto que, en la Metaplasia Intestinal Incompleta el patrón es colónico y se considera lesión premaligna. La Metaplasia Intestinal Mixta combina los dos patrones ^[68,69].

2.3.2. Pólipos: clasificados en inflamatorios, hiperplásicos y adenomatosos. Su frecuencia en las endoscopías es de entre 1 y 4 % ^[70,71], entre el 50 y 60 % se encuentran en el antro, 6 % en el fondo, y el resto en el cuerpo ^[72].

Pólipos Hiperplásicos: son los más frecuentes, entre el 50 y 75 %, (74) de localización común en el antro y cuerpo ^[73], en similar proporción, no se evidencia alteración de la organización celular, microscópicamente se observa glándulas gástricas muy elongadas, edematosas, separadas por abundante estroma, acompañadas con frecuencia de dilatación quística.



Pólipos Inflamatorios: suele presentarse como una lesión única, localizada en antro, compuesto por tejido fibroso y estructuras vasculares, acompañado de un infiltrado inflamatorio con múltiples eosinófilos ^[74].

Pólipos Adenomatosos: constituyen el 7 al 15 %, se observan en antro y cuerpo gástrico en igual proporción, poseen potencial maligno ^[72].

2.3.3. Displasia: el termino displasia quiere decir “desviación del desarrollo”, se considera una condición predecesora o acompañante de las neoplasias, por tal razón han sido denominadas “lesiones premalignas”. Se clasifican en: displasia de bajo y alto grado, la diferencia radica en que en el caso de las primeras, estas son más frecuentes y requieren seguimiento, las segundas por su parte representan una condición más severa y con frecuencia conllevan a condiciones terapéuticas importantes ^[75].

2.3.4 Cáncer: El cáncer digestivo superior es un hallazgo inusual en los pacientes con dispepsia, excluir malignidad suele ser la razón principal para indicar la endoscopia ^[76]. En varios estudios se ha mencionado una incidencia baja, generalmente menor al 2 %; Marmo R., et al 2005, en su estudio de 6135 pacientes, sólo el 0.9% (n=58) de pacientes dispépticos presentaron cáncer, además la edad y los síntomas de alarma no fueron valores predictivos de hallazgos endoscópicos ^[77].

Existe una estrecha correlación entre la prevalencia de infección por H. pylori en una población determinada y su incidencia de cáncer gástrico. La erradicación de H. pylori se asocia a una mayor y más rápida cicatrización de lesiones ulcerosas, además de reducir la incidencia de tumores ^[78].



CAPÍTULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivo General

Determinar la frecuencia de los hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos en los pacientes con síntomas dispépticos atendidos en la Unidad de Gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga de la Ciudad de Cuenca en el periodo enero 2010 - diciembre 2011.

3.2 Objetivos Específicos

3.2.1 Conocer la población de estudio de acuerdo a sus características demográficas.

3.2.2 Determinar la frecuencia de los síntomas que presentan los pacientes.

3.2.3 Conocer la frecuencia de las principales alteraciones encontradas endoscópicamente y clasificar los hallazgos endoscópicos clínicamente significativos y no significativos.

3.2.4 Describir las alteraciones histológicas encontradas durante la endoscopia digestiva alta.

3.2.5 Conocer la frecuencia de las alteraciones clínicas, endoscópicas e histológicas y su relación con edad, sexo, procedencia.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudio y diseño general

Se realizó un estudio descriptivo.

4.2 Área de estudio

Unidad de gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad Cuenca en la Provincia del Azuay.

4.3 Universo de estudio

El universo estuvo constituido por los/las pacientes mayores de 18 años que acudieron al Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo 2010-2011, provenientes de emergencia, consulta externa, hospitalización, con síntomas dispépticos; a quienes se les realizó endoscopia digestiva alta y tomó biopsia para histología.

4.4 Unidad de análisis y observación

Se consideró como unidad muestral de análisis y observación a los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

4.5 Definición de caso

Los síntomas dispépticos que se consideraron fueron: epigastralgia, llenura, distensión abdominal, regurgitación, pirosis, náusea, vómito, meteorismo, languidez, flatulencia, eructos; además síntomas de alarma: anemia, anorexia, pérdida de peso, melenas, hematemesis, disfagia.



4.6 Criterios de inclusión

Pacientes a partir de 18 años de edad con síntomas dispépticos, quienes se realizaron el procedimiento endoscópico por primera ocasión, y tuvieron su primera sintomatología de dispepsia al menos tres meses, de forma continua o intermitente; cuyos datos se encuentran registrados en el sistema AS400.

4.7 Criterios de exclusión

No se tomaron en cuenta los pacientes quienes en el momento del examen se encontraban recibiendo medicación como: anticoagulantes, antiagregantes plaquetarios, inhibidores de la bomba de protones y antibióticos; así como también aquellos con coagulopatías, estudios que no pudieron ser completados ya sea por intolerancia o mala preparación. También se excluyeron procedimientos endoscópicos subsecuentes.

4.8 Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control de los datos

Las evaluaciones incluyeron la revisión del historial clínico disponible en el sistema de registro AS400, los resultados endoscópicos y las biopsias.

La sintomatología registrada en el sistema corresponde a la primera consulta, previo al examen, en la que los pacientes completaron un formulario con una lista de síntomas de 19 ítems (**Ver anexo 2**).

La endoscopía se realizó dentro de los dos meses de la primera consulta. Los pacientes fueron instruidos no usar inhibidores de la bomba de protones los quince días anteriores al estudio, pero si se les autorizó a que usen antiácidos y fármacos proquinéticos en caso de presentar sintomatología. Los pacientes no deben haber usado antibióticos al menos un mes antes. Durante la realización de dicho estudio también se evaluó la mucosa gástrica, y se identificaron los siguientes signos endoscópicos según la terminología mínima



estándar (MST) para endoscopia dictada por la OMED: eritema, congestión, aspecto granular, nodular, aspecto atrófico, mucosa hemorrágica, petequias, lesiones planas tipo manchas, lesiones protruyentes tipo pliegues gástricos agrandados, pápulas, pólipos, tumor, lesiones deprimidas tipo erosión, úlcera, cicatriz, el resto de términos en la MST se agrupó en otros.

Para cuestiones de análisis los pacientes con más de un hallazgo clínicamente significativo fueron contados sólo una vez teniendo en cuenta el hallazgo más importante (ejemplo: si se observó úlcera y tumor en un mismo paciente, el hallazgo más importante y el que se tomó en cuenta fue el tumor. De la misma manera ante la evidencia úlcera y erosiones, se consideró hallazgo más importante la úlcera). También se separó a los pacientes en dos grupos, si tienen una lesión clínicamente significativa o si no la tienen, dentro de este último se incluyó a los pacientes con el diagnóstico de mucosa normal.

Los gastroenterólogos tomaron sistemáticamente dos biopsias de antro y una de incisura, además de biopsias en caso de lesiones encontradas de todos los pacientes sometidos a endoscopia para el diagnóstico histológico de *Helicobacter pylori*. También, cuando fue necesario, las biopsias se tomaron para confirmar diagnósticos sospechosos en el momento de la endoscopia.

Una vez realizada la descripción endoscópica, las muestras fueron enviadas al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital "José Carrasco Arteaga", sumergidos en formol buferado al 10%. A las mismas se les realizó procedimiento convencional en Citadel 2000 (equipo de procesamiento), seguidamente se les incluyó en bloque de parafina, se realizaron cortes de 3 a 4 micras con micrótopo Leica. Finalmente fueron teñidas con Hematoxilina-eosina y con Giemsa, y se visualizaron al microscopio de luz. Excepcionalmente en las muestras que hay dudas de *Helicobacter pylori* fueron teñidas con Warthin Starry. Estas biopsias las estudiaron uno, dos hasta tres patólogos que evaluaron elementos baciliformes que pudieran corresponder a la presencia de *Helicobacter pylori*, así como también los posibles diagnósticos histológicos.



Los hallazgos histológicos se dividieron en dos grupos, generales y específicos. Para los hallazgos generales se usó la clasificación actualizada de Sidney, basada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño; clasificamos de esta manera a la mucosa como: normal, no atrófica y atrófica. Para los hallazgos específicos usamos la clasificación anatomopatológica, basada en la presentación, prevalencia y etiología, propuesta por Rubín y Farber en 1988. Tenemos así los siguientes subgrupos: gastritis aguda, gastritis crónica, gastritis crónica activa, gastritis crónica superficial, gastritis crónica profunda, metaplasia intestinal completa, metaplasia intestinal incompleta, metaplasia intestinal mixta, gastritis hipertróficas. Los pólipos se clasifican como: pólipo hiperplásico, inflamatorio y adenomatoso, según su relevancia clínica. La displasia se clasifica de acuerdo al sistema de dos grados, es decir displasia de bajo y alto grado.

Para la clasificación histológica de cáncer se usó la propuesta por la Organización mundial de la Salud (OMS), en: Papilar, tubular (tub1, tub2 y tub3), en células en anillo de sello, indiferenciado propiamente y mucinoso. Debido a que los casos de cáncer son raros, se ha reportado únicamente como adenocarcinoma.

Los datos completos de este estudio serán presentados por separado.

4.9 Operacionalización de las variables (ver anexo 1)



CAPÍTULO V

5.1 Plan de análisis de los resultados

Las variables se describieron mediante las tablas de frecuencias y porcentajes.

Las variables cualitativas (sexo, procedencia, epigastralgia, llenura, distensión abdominal, pirosis, regurgitaciones, eructos, languidez, meteorismo, flatulencia, náusea, vómito, hematemesis, melenas, disfagia, anorexia, pérdida de peso, anemia, infección por *Helicobacter pylori*, diagnóstico endoscópico, diagnóstico histológico) se analizaron mediante tablas de frecuencia y porcentaje.

La variable cuantitativa continua (edad) se analizó a través de promedios y desviación estándar.

La comparación de las variables cualitativas se realizó mediante la diferencia de porcentajes.

5.2 Programas utilizados para el análisis de datos

Los datos obtenidos de la investigación fueron sometidos al análisis con el software estadístico SPSS 19.0 para Windows y la hoja de cálculo Microsoft Excel 2007.

5.3 Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Asesoría de Trabajos de Investigación (CATI) de la Universidad de Cuenca el día 8 de noviembre de 2012. Se obtuvo autorización del departamento de bioética así como del departamento de investigación y docencia del Hospital José Carrasco Arteaga.

Los datos recolectados de las fichas electrónicas archivadas en el sistema AS400 serán de estricta confidencialidad y serán revelados ante el personal indicado con su respectiva justificación.



CAPÍTULO VI

RESULTADOS

Características generales de la población

Tabla 1. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según edad, sexo, estado civil y residencia. Cuenca, 2013.

Variable	n=2795	%=100
Edad*		
18 - 30 años	203	7,3
31 - 45 años	683	24,4
46 - 60 años	1008	36,1
61 - 75 años	676	24,2
> 75 años	225	8,1
Sexo		
Femenino	1687	60,4
Masculino	1108	39,6
Estado civil		
Casado(a)	1963	70,2
Soltero(a)	416	14,9
Viudo(a)	205	7,3
Divorciado(a)	179	6,4
Unión Libre	32	1,1
Residencia		
Urbana	2259	80,8
Rural	536	19,2

*

\bar{X} = 53,43 años

DE= 15,22 años

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores.

La tabla 1 nos indica que la media de edad de la población en estudio fue de 53,43 años; el grupo de edad de mayor prevalencia fue el entre los 46-60 años con el 36,1% del total, mientras que los pacientes de 18-30 años representaron la minoría con un 7,3%.



El sexo de mayor prevalencia fue el femenino con el 60,4% mientras que el masculino representó el 39,6% de la población; así mismo la población casada fue la más representativa con el 70,2%; mientras que según estado civil los pacientes en unión libre fueron los de menor presentación con un 1,1%.

El 80,8% de la población a la que se le realizó este tipo de procedimiento residía en el área urbana, un 19,2% en el área rural.



Frecuencia de hallazgos clínicos

Tabla 2. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según frecuencia de hallazgos clínicos. Cuenca, 2013.

Síntoma	n	%
Epigastralgia	2355	84,3
Distensión	1412	50,5
Pirosis	1399	50,1
Llenura	1142	40,9
Náusea	678	24,3
Regurgitación	511	18,3
Flatulencias	442	15,8
Pérdida de peso	438	15,7
Meteorismo	437	15,6
Melena	287	10,3
Eructos	246	8,8
Vómito	241	8,6
Disfagia	235	8,4
Anemia	186	6,7
Languidez	183	6,5
Anorexia	122	4,4
Hematemesis	106	3,8

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores.

Se tomaron en consideración todos los síntomas y signos clínicos mencionados por los pacientes y se tabuló cada frecuencia con relación al total de la población; en la tabla se expone que el síntoma de mayor frecuencia y referido por los pacientes fue la epigastralgia, este síntoma fue mencionado por el 84,3% de la población; seguido de distensión abdominal que se presentó en el 50,5% de la población; con un 50,1% la pirosis representa un síntoma importante; se pueden ver las frecuencias de otros síntomas en tabla. El signo de menor frecuencia fue la hematemesis el 3,8% de la población refirió presentarla.



Tipo de dispepsia

Tabla 3. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según tipo de dispepsia.

Cuenca, 2013.

Tipo de dispepsia	n=2795	%=100
Dispepsia funcional	1690	60,5
Dispepsia orgánica	1105	39,5

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores.

La prevalencia de los hallazgos endoscópicos encontrados y que nos indican dispepsia de tipo orgánico alcanzaron un 39,5% mientras que la dispepsia funcional (sin hallazgos significativos en la endoscopia), representó el 60,5% siendo esta última la de mayor prevalencia.



Diagnóstico endoscópico

Tabla 4. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según diagnóstico endoscópico. Cuenca, 2013.

Diagnóstico	n=2795	%=100
Lesiones no significativas	1690	60,5
Erosiones y/o pápulas	451	16,1
Esofagitis erosiva	349	12,5
Úlcera	248	8,9
Cáncer/tumor	57	2

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores.

El diagnóstico de lesiones no significativas fue el de mayor predominio con un 60,5% del total de la población, luego las erosiones y/o pápulas con el 16,1% fueron las principales lesiones significativas identificadas; la esofagitis erosiva con el 12,5% se ubicó en segundo lugar (de lesiones significativas), también se identificó úlceras y cáncer y/o tumoraciones aunque en menor porcentaje.



Diagnóstico histológico general

Tabla 5. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según diagnósticos histológicos. Cuenca, 2013.

Diagnóstico histológico	n=2795	%=100
Gastritis no atrófica	1717	61,4
Gastritis atrófica	927	33,2
Mucosa normal	151	5,4

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores.

Mediante la observación histológica, evidenciamos que el 61,4% de las muestras estudiadas presentaron gastritis no atrófica siendo este el hallazgo general de mayor prevalencia; también se encontró un 33,2% de gastritis atrófica y en el 5,4% de la población no se encontró anormalidad.



Hallazgos histológicos específicos

Tabla 6. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según hallazgos histológicos específicos. Cuenca, 2013.

Hallazgos específicos	n=2795	%=100
Gastritis Crónica Activa	1023	36,6
Gastritis Crónica Inactiva	648	23,2
Metaplasia Intestinal Completa	299	10,7
Metaplasia Intestinal Mixta	201	7,2
Otros hallazgos	164	5,5
Displasia de Bajo Grado	130	4,7
Gastritis Crónica Superficial	156	5,6
Metaplasia Intestinal Incompleta	104	3,7
Adenocarcinoma (intestinal, difuso, indiferenciado)	49	1,8
Displasia de Alto Grado	9	0,3
Pólipo Hiperplásico	8	0,3
Pólipo Inflamatorio	4	0,1
Pólipo Adenomatoso	2	0,1
Gastritis Aguda	1	0,03

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores.

El hallazgo de mayor prevalencia fue la gastritis crónica activa en el 36,6% de los pacientes; mientras que en el 23,2% de la población se identificó gastritis crónica inactiva; se identificaron otras alteraciones en menor proporción, las mismas se pueden observar en la tabla.

Recalamos que cuando un paciente presentó dos o más hallazgos histológicos específicos, se tomó en cuenta el de mayor relevancia.

**Alteraciones endoscópicas según edad, sexo y procedencia**

Tabla 7. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según alteraciones endoscópicas y características demográficas. Cuenca, 2013.

Característica	Diagnóstico endoscópico									
	Cáncer/tumor		Erupciones y/o pápulas		Esofagitis		Lesiones no significativas		Úlcera	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad										
18 - 30 años	2	1	23	11,3	10	4,9	150	73,9	18	8,9
31 - 45 años	4	0,6	115	16,8	71	10,4	463	67,8	30	4,4
46 - 60 años	12	1,2	178	17,7	122	12,1	626	62,1	70	6,9
61 - 75 años	17	2,5	107	15,8	109	16,1	361	53,4	82	12,1
> 75 años	22	9,8	28	12,4	37	16,4	90	40	48	21,3
Sexo										
Femenino	20	1,2	297	17,6	163	9,7	1105	65,5	102	6
Masculino	37	3,3	154	13,9	186	16,8	585	52,8	146	13,2
Residencia										
Rural	26	4,9	83	15,5	40	7,5	315	58,8	72	13,4
Urbana	31	1,4	368	16,3	309	13,7	1375	60,9	176	7,8

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores.

Se observa que para todas las edades el diagnóstico endoscópico de mayor prevalencia lo constituyen las lesiones no significativas, de 18-30 años con el 73,9%; entre 31-45 años un 67,8%; entre 46-60 años un 62,1%; entre 61-75 años un 53,4% y el valor más bajo fue del 40% para pacientes con edades > 75 años; la población > 75 años fue la más afectada por cáncer/tumor con el 9,8%, esofagitis erosiva con el 16,4% y úlcera con el 21,3%; mientras que los pacientes de entre los 46-60 años presentaron erupciones y/o pápulas el 17,7% siendo este el mayor porcentaje registrado para este diagnóstico.

El sexo femenino presentó mayor prevalencia de erupciones y/o pápulas (17,6%) y lesiones no significativas (65,5%) en comparación con el sexo masculino.



Los pacientes residentes en el área urbana presentaron mayor prevalencia de erupciones y/o pápulas; esofagitis erosiva y lesiones no significativas en comparación con residentes del área rural.

**Hallazgos clínicos principales y características demográficas**

Tabla 8. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según hallazgos clínicos principales y características demográficas. Cuenca, 2013.

Demográfica	Características clínicas											
	Epigastralgia		Distensión		Pirosis		Llenura		Náuseas		Regurgitaciones	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad												
18 - 30 años	175	86,2	114	56,2	102	50,2	82	40,4	68	33,5	40	19,7
31 - 45 años	605	88,6	367	53,7	376	55,1	313	45,8	185	27,1	133	19,5
46 - 60 años	867	86	544	54	523	51,9	452	44,8	239	23,7	195	19,3
61 - 75 años	540	79,9	316	46,7	317	46,9	224	33,1	130	19,0	119	17,6
> 75 años	168	74,7	71	31,6	81	36,7	71	31,6	56	24,9	24	10,7
Sexo												
Femenino	1456	86,3	901	53,4	873	51,7	733	43,4	487	28,9	325	19,3
Masculino	899	81,1	511	46,1	526	47,5	409	36,9	191	17,2	186	16,8
Residencia												
Rural	463	86,4	222	41,4	245	45,7	190	35,4	132	24,6	84	15,7
Urbana	1892	83,8	1190	52,7	1154	51,4	952	42,1	546	24,6	427	18,9

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores.

Se tomaron en cuenta los síntomas clínicos de mayor relevancia; para este análisis; se observa que en la población de menor edad el síntoma de mayor presentación fue la epigastralgia con un 86,2% de esta población (18-30 años); este síntoma también es el de mayor presentación en todos los demás grupos, así, según edades la prevalencia de este síntomas fue: 31-45 años con el 88,6% ; 46-60 años con el 86%; 61-75 años con el 79,9%; mientras que en los pacientes de > 75 años fue del 74,7%; la prevalencia de los demás síntomas en cuestión pueden observarse en la tabla 8.



Según sexo, observamos que la epigastralgia sigue siendo el principal síntoma mencionado por los pacientes con dispepsia, en ambos sexos; aunque con predominio en el sexo femenino con un 86,3% versus un 81,1% en el sexo masculino; también se observa de manera general que todos los síntomas en estudio son más frecuentes en el sexo femenino.

Correspondiéndose con lo anterior, la epigastralgia es el principal síntoma tanto en pacientes del área urbana como en pacientes del área rural; con predominio del área rural con un 86,4% y en el área urbana con un 83,8%.



Diagnóstico histológico general y características demográficas

Tabla 9. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según diagnóstico histológico general y características demográficas. Cuenca, 2013.

Demografía	Diagnóstico histológico general					
	Normal		Gastritis no atrófica		Gastritis atrófica	
	n	%	n	%	n	%
Edad						
18 - 30 años	13	6,4	161	79,3	29	14,3
31 - 45 años	20	2,9	530	77,6	133	19,5
46 - 60 años	41	4,1	642	63,7	325	32,2
61 - 75 años	44	6,5	309	45,7	323	47,8
> 75 años	33	14,7	75	33,3	117	52
Sexo						
Femenino	68	4	1099	65,1	520	30,8
Masculino	83	7,5	618	55,8	407	36,7
Residencia						
Rural	47	8,8	294	54,9	195	36,4
Urbana	104	4,6	1423	63	732	32,4

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores.

Según edad, se observa que en todos los grupos la gastritis no atrófica es el diagnóstico de mayor prevalencia, también es llamativa la tendencia que se encuentra con respecto a esta variable: es de mayor presentación en edades menores y progresivamente este diagnóstico va decreciendo evidenciándose la menor prevalencia en los pacientes de > 75 años; mientras que a la inversa sucede con el diagnóstico de gastritis atrófica donde el menor porcentaje de pacientes afectados por esta patología se encuentra a los 18-30 años y progresivamente según aumenta la edad también lo hace la enfermedad, siendo los más afectados los pacientes > 75 años. Según el sexo, la gastritis no atrófica fue más prevalente en pacientes de sexo femenino con el 65,1%; mientras que en el grupo de pacientes masculinos fue del 55,8%; en tanto la gastritis atrófica fue mayor en el sexo masculino con el 36,7% de este grupo versus un 30,8% en el sexo femenino. Tanto la gastritis atrófica como la no atrófica tuvieron mayor prevalencia en pacientes del área urbana.

**Diagnóstico histológico específico y Helicobacter pylori**

Tabla 10. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según diagnóstico histológico específicos y Helicobacter pylori. Cuenca, 2013.

Diagnóstico Histológico Específico	Helicobacter pylori							
	Positivo		Negativo		No reporta		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Gastritis Crónica Activa	904	30,4	118	4,0	1	0,0	1023	34,4
Gastritis Crónica Inactiva	248	8,3	400	13,4	0	0,0	648	21,7
Metaplasia Intestinal Completa	202	6,8	96	3,2	1	0,0	299	10,1
Metaplasia Intestinal Mixta	137	4,6	64	2,2	0	0,0	201	6,8
Displasia de Bajo Grado	63	2,1	64	2,2	3	0,1	130	4,4
Gastritis Crónica Superficial	77	2,6	79	2,7	0	0,0	156	5,2
Metaplasia Intestinal Incompleta	61	2,1	43	1,4	0	0,0	104	3,5
Adenocarcinoma	14	0,5	9	0,3	26	0,9	49	1,6
Otros	11	0,4	54	1,8	99	3,3	164	5,5
Displasia de Alto Grado	2	0,1	7	0,2	0	0,0	9	0,3
Pólipo Hiperplásico	0	0,0	2	0,1	6	0,2	8	0,3
Pólipo Inflamatorio	3	0,1	1	0,0	0	0,0	4	0,1
Pólipo Adenomatoso	0	0,0	2	0,1	0	0,0	2	0,1
Gastritis Aguda	1	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,0
Total	1723	61,6	939	33,6	133	4,8	2795	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos
Elaborado por: Los autores.

Debido a la gran cantidad de pacientes encontrados en los reportes de patología con diagnóstico de infección por Helicobacter pylori, consideramos necesario mencionar estos hallazgos, es así que se encontró una frecuencia de infección por esta cepa de 61,6%, siendo más frecuente en el grupo de pacientes quienes fueron diagnosticados también de gastritis crónica activa 30,4%.

**Diagnóstico histológico específicos y características demográficas**

Tabla 11. Distribución de 2795 pacientes a los que se les realizó endoscopia digestiva en el Hospital José Carrasco Arteaga según diagnóstico histológico específicos y características demográficas. Cuenca, 2013.

Demografía	Diagnóstico histológico específico											
	Gastritis crónica activa		Gastritis crónica inactiva		Metaplasia Completa		Metaplasia mixta		Gastritis crónica superficial		Infección por HP	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad												
18 - 30 años	109	53,7	54	26,6	8	3,9	5	2,5	10	4,9	143	70,4
31 - 45 años	322	47,1	186	27,2	45	6,6	30	4,4	43	6,3	460	67,3
46 - 60 años	373	37	236	23,4	114	11,3	66	6,5	68	6,7	626	62,1
61 - 75 años	175	25,9	138	20,4	104	15,4	72	10,7	32	4,7	393	58,1
> 75 años	44	19,6	34	15,1	28	12,4	28	12,4	3	1,3	101	44,9
Sexo												
Femenino	646	38,3	430	25,5	179	10,6	107	6,3	94	5,6	1061	62,9
Masculino	377	34	218	19,7	120	10,8	94	8,5	62	5,6	662	59,7
Residencia												
Rural	172	32,1	92	17,2	66	12,3	32	6	43	8	324	60,4
Urbana	851	37,7	556	24,6	233	10,3	169	7,5	113	5	1399	61,9

Fuente: Formulario de recolección de datos

Elaborado por: Los autores.

Los hallazgos histológicos específicos mencionados en la tabla son los de mayor prevalencia y se tabulan únicamente los positivos en base a las variables demográficas, la gastritis crónica activa fue de mayor presentación en pacientes de edades menores (18-30 años) con el 53,7%; con una tendencia decreciente; no así la gastritis crónica (inactiva) donde las diferencias de prevalencia según edad son menores, el grupo más afectado por esta patología fue el de los pacientes entre los 31-45 años puesto que el 27,2% la presentó; la infección por *Helicobacter pylori* fue mayor en los pacientes con edades de 18-30 años con el 70,4% de este grupo infectado.



Según sexo, la gastritis crónica activa, la gastritis crónica, y la infección por *Helicobacter pylori* fueron mayores en el sexo femenino en relación con los hombres mientras que éstos últimos presentaron mayores prevalencias de metaplasia completa y metaplasia mixta, ambos sexos comparten el mismo porcentaje para gastritis crónica superficial.

Los pacientes residentes en el área rural presentaron mayores frecuencias de metaplasia completa, gastritis crónica superficial e infección por *Helicobacter pylori* en relación con los pacientes residentes en áreas urbanas.



CAPÍTULO VII

DISCUSION

La dispepsia constituye un problema de salud pública en todos los países en la sociedad moderna, muchos factores individuales, familiares y sociales son de influencia para su aparición.

En este trabajo de investigación se estudiaron 2795 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta y con síntomas dispépticos durante el periodo enero 2010 - diciembre 2011 en el Hospital José Carrasco Arteaga; hasta nuestro conocimiento, el presente es el primer trabajo epidemiológico llevado a cabo en la ciudad de Cuenca, que reporta la frecuencia de síntomas, hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes dispépticos, así como datos demográficos y su asociación.

En cuanto a la demografía Muñoz et al ^[79] en un estudio llevado a cabo en Venezuela evidenciaron que el grupo etario predominante se encontró entre los 41 a 50 años, además de un predominio de sexo femenino con 76,7% sobre el masculino 23,3%. En nuestro estudio vemos un fenómeno muy similar el grupo etario de mayor prevalencia se ubicó entre los 46 y 60 años constituyendo el 36,1% de la población y el sexo femenino también fue mayor con 60,4% de los pacientes.

H. Curioso y colaboradores ^[80] llevaron a cabo un estudio en la zona rural de Perú en la cual encontraron una prevalencia de dispepsia de 37,6%, a diferencia de nuestro estudio en el cual evidenciamos solamente 19,2%, cabe recalcar que su estudio se realizó exclusivamente ese grupo específico, no así el nuestro que incluyó tanto habitantes de la zona urbana como la rural.

Bustamante y colaboradores ^[81] exponen en su estudio que la epigastralgia y la pirosis son los síntomas más frecuentemente referidos por los pacientes dispépticos, pero no ofrecen cifras estadísticas certeras que nos permitan



comparar su población con la nuestra. Por otra parte Medina ^[82] refiere que los principales síntomas dispépticos son con un 20% la epigastralgia; 19,26% epigastralgia unida a acidez y pirosis; y 14,26% epigastralgia relacionada con plenitud gástrica y aerogastria. Coincidimos con ellos tras haber encontrado epigastralgia, pirosis, distensión abdominal y llenura como los principales síntomas; no así en la frecuencia de los mismos, nuestro estudio supera por mucho los valores antes mencionados; la epigastralgia 84,3% cuadriplica los hallazgos de estos investigadores, se hace difícil la comparación de los demás síntomas por ellos mencionados con los nuestros ya que no se reportan de forma individual. Rodríguez ^[83] encontró en 569 pacientes que la epigastralgia fue el síntoma predominante con 93,6% de los casos, seguido de acidez con 86,5%, estos datos se acercan más a nuestra realidad, pudiendo deberse a la cercanía de Venezuela a nuestro país, a diferencia de Medina quien realizó su estudio en España, creemos que la geografía podría ser la responsable de estas variaciones.

Rocha ^[2] expone que aproximadamente dos terceras partes de los diagnósticos de dispepsia son de tipo funcional, en el estudio DIGEST ^[7], la etiología más común, tomando como base los resultados de la dispepsia investigada con el procedimiento de la endoscopia, es la dispepsia funcional (60%), en nuestra población se encontró un valor muy parecido (60,5%) lo que indica que la dispepsia funcional es una de los principales diagnósticos encontrados tras la realización de la endoscopia; otros estudios epidemiológicos ^[84,85] sugieren que 15-20% de la población general de países occidentales presentan dispepsia funcional; al respecto se observa una diferencia porcentual elevada ya que los valores encontrados en nuestro estudio triplican lo registrado por estos autores. El estudio DIGEST ^[7] también menciona dentro de los hallazgos endoscópicos a la úlcera péptica 15-25%, esofagitis por reflujo 5-15%, y cáncer menor al 2%; nuestros datos se acercan a lo anteriormente señalado en lo referente a las cifras observadas en esofagitis, encontramos 12,5% de pacientes que la padecen; no así a la prevalencia de úlceras que en nuestro estudio sólo alcanzó el 8,9%, el cáncer gástrico también presentó cifras similares, llegando al 2%; por otra parte Thomson et al ^[8] identificaron hallazgos endoscópicos



clínicamente significativos, esofagitis en el 43% y úlcera en el 5,3%, nuestros datos difieren a lo señalado por Thomson, quien además asevera haber encontrado una prevalencia de 58% de hallazgos endoscópicos clínicamente significativos, siendo este el valor que nosotros evidenciamos en nuestros hallazgos no significativos, claramente sus cifras se alejan mucho de nuestra realidad.

Resulta muy difícil comparar los resultados histopatológicos obtenidos con los investigados por otros autores, debido a la clasificación por ellos usada para reportar los casos; Armanie ^[86] por ejemplo refiere haber encontrado gastritis crónica activa en el 83,1% de los pacientes dispépticos, también es nuestro diagnóstico histológico más frecuente, pero en menor medida (36,6%), en el mismo país, Venezuela, Muñoz ^[79] refiere una prevalencia de gastritis crónica en el 100% de los casos, no nos identificamos con esa aseveración, es muy lejana a nuestros hallazgos, con sólo el 23,1% de personas que la padecían. Sierra et al ^[87] encontraron una mucosa normal en el 39% de los casos, gastritis superficial en el 71%, gastritis crónica intersticial 83% y gastritis atrófica 86%, nuevamente nada cercano a nuestra población en la que los diagnósticos de mucosa gástrica normal sólo llegaron a 5,4%, gastritis superficial 5,6%, gastritis atrófica en el 33,2%. Dentro de los hallazgos histopatológicos incluimos el *Helicobacter pylori* y lo relacionamos con otros hallazgos histológicos, Moncayo ^[88] buscó una relación similar y observó que 79,2% presentaban gastritis superficial, de los anteriores, el 5,6% fueron negativos para *H. pylori*. El 5,6% presentaron gastritis folicular (todos fueron positivos para *H. Pylori*). El 6,9% presentaron examen histopatológico normal y uno de ellos fue positivo para *H. Pylori*. En nuestro estudio del 5,2% de pacientes que fueron diagnosticados con gastritis superficial, el 2,6% tenían infección concomitante con *Helicobacter pylori* versus el restante 2,7%, no contamos con cifras referenciales para comparar los demás resultados.

Esquivel-Ayanegui ^[89] indica que la prevalencia promedio de infección por *Helicobacter pylori* es similar en varios países (Colombia, Costa Rica, Nicaragua, Honduras, México y Chile), \pm 79%. En nuestro país, Gómez y col,



2007 ^[10], estiman una prevalencia de *H. pylori* entre 40 y 70% al respecto observamos 61,6% de infección por esta bacteria en nuestra población de estudio. En un estudio de cohorte en 92 pacientes asintomáticos realizado en la ciudad de Cuenca en 2008 por Coronel E., Palacios J., Ugalde P., Valdiviezo J., en 2008 ^[12], en el cual se detectó *H. pylori* mediante un test de ureasa, los investigadores encontraron la presencia de lesión gástrica en el 77.2 % de los pacientes y una prevalencia de 21% de *Helicobacter pylori*. No se puede comparar nuestros datos con los hallados por estos autores, dado que su metodología fue cohorte y no descriptiva, además la sensibilidad de las pruebas utilizadas es diferente.



CAPÍTULO VIII

CONCLUSIONES

- Se estudiaron las fichas de 2795 pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta con una media de edad de 53,43 años y una desviación estándar de 15,22 años; en el 60,4% de sexo femenino, de mayoría casados y residentes en el área urbana.
- La prevalencia de dispepsia fue la siguiente: funcional 60,5% y orgánica 39,5%.
- La sintomatología presentó la siguiente distribución: epigastralgia 84,3%; distensión abdominal 50,5%; pirosis 50,1%; llenura 40,9%; regurgitación 18,3%; náusea 24,3%; flatulencias 15,8%; pérdida de peso 15,7%; meteorismo 15,6%; entre otros de menor porcentaje.
- El diagnóstico de hallazgos endoscópicos clínicamente no significativos fue el de mayor predominio con un 60,5% del total de la población, luego las erosiones y/o pápulas con el 16,1% fueron las principales lesiones significativas identificadas; la esofagitis erosiva con el 12,5% se ubicó en segundo lugar de las lesiones significativas, también se identificó úlceras y cáncer y/o tumoraciones aunque en menor porcentaje.
- Mediante la observación histológica se evidenció que el 61,4% de las muestras estudiadas presentaron gastritis no atrófica siendo este el hallazgo general de mayor prevalencia; también se encontró un 33,2% de gastritis atrófica y en el 5,4% de la población no se encontró anormalidad.
- Se observó más de un hallazgo específico por paciente, el de mayor prevalencia fue la gastritis crónica activa con un 36,6% de los pacientes; mientras que en el 23,2% de la población se identificó gastritis crónica inactiva, entre otros.
- El 61,6% de la población presentó infección por *Helicobacter pylori*.



CAPÍTULO IX

RECOMENDACIONES

- Tener presente los resultados encontrados en nuestro estudio, los mismos que; a pesar que en gran parte se ajustan a la bibliografía revisada, sin embargo, poseen características propias que enriquecen los resultados al proveer estadísticas locales.
- Elaborar pautas de abordaje y diagnóstico en pacientes dispépticos, validadas en las características de dicha población, que por una parte impliquen menos costos para la institución hospitalaria y para los pacientes; y por otra parte; permitan abarcar efectivamente a todos los individuos de esta importante área de influencia.
- Establecer conductas acordes con la realidad de la población en cuestión, y que de esta manera reorientar los recursos; para que así, en lugar de ser éstos encaminados a métodos diagnósticos complicados y/o costosos, puedan serlo a medidas terapéuticas certeras.
- Considerar la endoscopía en pacientes de cualquier edad con signos y síntomas de alarma; y en mayores de 40 años aún en ausencia de signos y síntomas de alarma.
- Realizar un estudio similar con personas que acuden a los centros de salud del Ministerio de Salud Pública, que constituyen un grupo numeroso, valorar el riesgo y comparar los resultados
- Socializar los resultados encontrados, entre la comunidad médica local.



CAPÍTULO X

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Cohen H, González N. Dispepsia. Prensa Médica Latinoamericana. 2009 ISSN 0250-3816. Arch Med Interna [revista en Internet] 2009 [acceso 12 de febrero de 2012]; XXXI; 2-3: 69-73. Uruguay. Disponible en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Archivosdemedicinainterna/2009/vol31/no2-3/4.pdf>
- 2.- Rocha G, Durán T, Aguilar J. Dispepsia Funcional. Revista Paceña de Medicina Familiar. La Paz-Bolivia. Disponible en: http://www.mflapaz.com/Revista_6/revista_6_pdf/8%20DISPEPSIA%20FUNCIONAL.pdf
- 3.- Spiegel B, Farid M, Van Oijen M, Laine L, Howden C, Esrailian E. Adherence to best practice guidelines in dyspepsia: a survey comparing dyspepsia experts, community gastroenterologists and primary-care providers. Published in final edited form as: Aliment Pharmacol Ther. 2009 April 15; 29(8): 871–881.
- 4.- Heading R. ¿Qué hacer con la endoscopia de los pacientes con dispepsia no complicada? Revisión Crítica de la Evidencia Medwave. 2004;4(5) Disponible en: <http://www.medwave.cl/congresos/Gastro2003/3/3.act>
- 5.- Calvet X. Estrategias de abordaje diagnóstico y terapéutico de la dispepsia no investigada. GH continuada. Julio-Agosto 2006. Vol. 5 N.o 4. Disponible en: <http://www.ghcontinuada.com/contenidos/pdf/v5n4a340pdf001.pdf>
- 6.- Miwa H et al. Asian consensus report on functional dyspepsia. Journal of Gastroenterology and Hepatology 27 (2012) 626–641. Corea 2011.
- 7.- Pinzón C, Ospina J. Dispepsia: un real desafío diagnóstico. Rev. Cien. Salud Bogotá (Colombia) 6 (1): 50-70, enero-abril de 2008. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/562/56260106.pdf>
- 8.- Thomson A et al.: The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult



Dyspepsia Empiric Treatment – Prompt Endoscopy (CADET–PE) study. Blackwell Publishing Ltd, Aliment Pharmacol Ther 2003 17, 1481–1491

9.- Novoa I, De los Ríos R, Pinto J, et al. Influencia de la Erradicación de *Helicobacter pylori* en Pacientes con Dispepsia no Ulcerosa en un Hospital de Lima. Lima-Perú 2010. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v30n1/a04v30n1.pdf>

10.- Gomez N, Alvarez L, Zapatier J, Vargas P. Efficacy of stool antigen and serologic tests in the diagnosis of *Helicobacter pylori* in Ecuadorian population. Rev Gastroenterol Mex. 2005 Apr-Jun;70(2):146-50.

11. - Santana Barona M, Torres Ávila T, Seminario Vintimilla M. Correlación de *Helicobacter pylori* con dispepsia funcional en mayores de 18 años [tesis doctoral]. Biblioteca de la Universidad de Cuenca; 2004.

12.- Coronel Cordero E, Palacios Merchán J, Ugalde Serrano P, Valdiviezo Aguirre J, ¿*Helicobacter pylori*, es sinónimo de lesión gástrica? Estudio en pacientes asintomáticos [tesis doctoral]. Cuenca: biblioteca de la Universidad de Cuenca; 1998

13.- Gisbert J, Calvet X, Gabriel R, Pajares J. Infección por *Helicobacter pylori* y dispepsia funcional. Metaanálisis de la eficacia del tratamiento erradicador. Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid 2002; 118:405-9. - vol.118 núm. 11. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/infeccion-helicobacter-pylori-dispepsia-funcional-metaanalisis-eficacia-13028572-originales-2002>

14.- Tobón S, Sandín B, Vinaccia S, Núñez Rojas AC. La dispepsia funcional: aspectos biopsicosociales, evaluación y terapia psicológica. Suma Psicológica 2008; 15: 199-216. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1342/134212604008.pdf>

15.- Molano J. Dispepsia: clasificación y epidemiología. Colombia, Temas Escogidos de Gastroenterología Asociacion Colombiana de Gastroenterología ISSN: 0, 2003 vol: fasc: págs: 165 – 167

16.- Ferrández A, Campillo A, Bernal V. Dispepsia funcional y orgánica. Manejo general y extrahospitalario del paciente con dispepsia no investigada.



Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. Medicine. 2008; 10(2):101-7. Disponible en:

<http://medfamcom.files.wordpress.com/2010/04/dispepsiamedicine.pdf>

17. - Hernando-Harder A, Franke A, Singer M, Harder H. Dispepsia funcional: Nuevos conocimientos en la fisiopatogenia con implicaciones terapéuticas. Medicina (B. Aires) [revista en la Internet]. 2007 Ago. [citado 2012 Feb. 14]; 67(4): 379-388. Disponible en:

http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000400012&lng=es.

18.- Marzio L, Cappello G, Ballone E. Evaluation of dyspeptic symptoms in patients with and without Helicobacter pylori infection and normal upper gastrointestinal endoscopy. G. d'Annunzio University, Medical Unit, Civil Hospital, Via Fonte Romana 8, 65124 Pescara, Italy. Dig Liver Dis. 2003 Mar;35(3):138-42.

19.- Wallace M, Durkalski V, Vaughan J, et al. Age and alarm symptoms do not predict endoscopic findings among patients with dyspepsia: a multicentre database study. Gut 2001;49:29e34.

20.- Bai Y et al. Alarm features and age for predicting upper gastrointestinal malignancy in Chinese patients with dyspepsia with high background prevalence of Helicobacter pylori infection and upper gastrointestinal malignancy: An endoscopic database review of 102 665 patients from 1996 to 2006. Gut 2010 Jun; 59:722.

21.- Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtmann G, Hu P, Malagelada JR, et al. Functional gastroduodenal disorders: a working team report for the Rome III consensus on functional gastrointestinal disorders. Gastroenterology 2006;130:1466-79.

22.- Roldán M. Dispepsia, actualización de conceptos-criterios Roma III. Sociedad de Gastroenterología del Perú. Disponible en: <http://www.socgastro.org.pe/revista/vol28sup1/04.pdf>



- 23.- Lee SY, Lee KJ, Kim SJ, Cho SW et al. Prevalence and risk factors for overlaps between gastroesophageal reflux disease, dyspepsia, and irritable bowel syndrome: a population-based study. *Digestion* 2009; 79: 196–201.
- 24.- McColl K, el-Omar E, Gillen D et al. The role of H. pylori infection in the pathophysiology of duodenal ulcer disease. *J Physiol Pharmacol.* 1997 Sep;48(3):287-95.
- 25.- Savarino E et al. Functional heartburn has more in common with functional dyspepsia than with non-erosive reflux disease. *Italia* 2009.
26. - Mearin F, Perelló A, Balboa A. Los nuevos criterios de Roma III para los trastornos funcionales digestivos. Instituto de trastornos funcionales y motores digestivos. Servicio de aparato digestivo. Centro médico Teknon. Barcelona.
- 27.- Jones R, Lydeard S. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *British medical journal*, 1989: 298: 30 – 32
- 28.- Knill K, Jones R. Geographical differences in the prevalence of dyspepsia. 1991 *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 26(suppl. 182): 30-32
- 29.- Penston J, Pounder R.. A survey of dyspepsia in Great Britain. 1996 *Aliment Pharmacology*, 10: 83:89
- 30.- Hormasa J, Espitia O, Jaramillo A, Serrano J, Castro J. Presentación de un caso y revisión de la literatura. *Revista colombiana de gastroenterología*, 2002, 17(1): 52-55.
- 31.- Bixquert M. Epidemiología de la dispepsia funcional: importancia sanitaria, social y económica. En F Mearín (Comp.): *Dispepsia funcional: tan desconocida como frecuente*. Barcelona 1998.
- 32.- González M, Martínez L. MAASTRICHT III y dispepsia. Razones para una discrepancia. En: *Revista cubana de medicina*, 2008 Número 4. Cuba. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol47_4_08/med12408.htm
- 33.- Williams B, Luckas M, Ellingham JH, Dain A, Wicks AC. Do young patients with dyspepsia need investigation?. *Lancet* 1988;2:1349-51.



- 34.- Naliboff B, Heitkemper M, Chang L, Mayer E. Sex and gender in irritable bowel syndrome. En R. Fillingim (Dir.):Sex, gender and pain. Progress in pain research and management (pp.327-353). New York 2000.
- 35.- Curioso W, Donaires N, Bacilio C et al. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la Selva Peruana. Rev. gastroenterol. Perú. [revista electrónica]. abr./jun. 2002, vol.22, no.2 [citado 17 Noviembre 2011], p.129-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022512920020002000003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1022-5129.
- 36.- Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Delaney B, Innes M, Forman D. Intervenciones farmacológicas para la dispepsia no ulcerosa (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com/> ó http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/show.php?db=reviews_es&mfn=&id=_ID_CD001960-ES&lang=
- 37.- Harris P, Godoy A, Guiraldes E. Dolor abdominal, dispepsia y gastritis en pediatría: Rol del Helicobacter pylori. Rev. chil. pediatr. [revista electrónica]. 2001 Mar [citado 2012 Feb 13]; 72(2): 81-91. Disponible en:http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037041062001000200002&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062001000200002.
- 38.- Coelho L, León-Barúa R, Quigley E et al. Latin-American Consensus Conference on Helicobacter pylori Infection. Am J Gastroenterol. 2000 Oct;95(10):2688-91.
- 39.- Gómez N, Salvador A, Vargas P, Zapatier J, Alvarez J et al. Seroprevalence of Helicobacter pylori among the child population of Ecuador. Rev Gastroenterol Peru. 2004 Jul-Sep;24(3):230-3.
- 40.- León R, Berendson R. Grandes síndromes gastrointestinales: dispepsia o síndrome del aparato digestivo alto relacionado con los alimentos. Revista de gastroenterología (28:267-269) 2008. Perú. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v28n3/a09v28n3.pdf>



- 41.- González-Carbajal P, Martínez L. La endoscopia en el tratamiento de la dispepsia no complicada: entre verdades y sombras. Rev cubana med [revista electrónica]. 2009 Mar [citado 2012 Feb 12]; 48(1): Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00347523200900010008&lng=es
- 42.- Menéndez A, Lagos L, Iturriaga R. Hallazgos endoscópicos en pacientes ambulatorios referidos a endoscopia por síntomas digestivos altos. Unidad de gastroenterología, departamento de medicina de la universidad de Chile. Revista de gastroenterología vol 20, N° 1: 11-16. Chile 2009.
43. - Oikonomidou et al.: Upper gastrointestinal endoscopy for dyspepsia: Exploratory study of factors influencing patient compliance in Greece. BMC Gastroenterology 2011 11:11. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/11/11/prepub>
- 44.- Vaz L, León-Barúa R, Quigley E and Representatives of the Latin-American National Gastroenterological Societies. Latin-American Consensus Conference on Helicobacter pylori infection. Am J Gastroenterol 2000; 95: 2688-2691.
- 45.- Delvaux M et al. Minimal standard terminology in digestive endoscopy. Endoscopy. 2000 ;32:162-88. Disponible en: http://www.endiba.org.ar/docs/TEM_Versi.pdf
- 46.- Wafa R, Ali M. Appropriateness of upper gastrointestinal endoscopy referrals from primary health care. Department of family & community medicine, King Abdulaziz Medical city, Riyadh, Saudi Arabia. Ann Saudi Med 2006;26(3):224-227. Disponible en: http://applications.emro.who.int/imemrf/Ann_Saudi_Med/2006_26_3_224.pdf
- 47.- Spechler S. Peptic ulcer disease and its complications. In: Feldman M, Friedman LS, Sleisenger MH, eds. Sleisenger & Fordtran's gastrointestinal and liver disease. 7th edn. Philadelphia, PA: W.B. Saunders Company, 2002:741e81.
- 48.- Shaib Y, El-Serag H. The prevalence and risk factors of functional dyspepsia in a multiethnic population in the United States 2004. Am J



Gastroenterol 99: 2210–2216. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15555004>

49.- Talley N, Vakil N, Moayyedi P. (2005b) American Gastroenterological Association technical review on the evaluation of dyspepsia. *Gastroenterology* 129: 1756–1780. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16285971>

50.- Arín A, Iglesias M. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. *Anales Sis San Navarra* [revista en la Internet]. 2003 Ago [citado 2013 Ene 05]; 26(2): 251-268. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-662720030003000008&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1137-662720030003000008>.

51.- Liu H. Gastritis crónica atrófica: concordancia endoscópica, histológica, lesiones asociadas y aplicación de la cromoendoscopia virtual. *Rev. gastroenterol. Perú.* [online]. abr./jun. 2011, vol.31, no.2 [citado 08 Enero 2013], p.116-123. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-512920110002000005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1022-5129.

52.- Watanabe H, Jass J, Sabin L. Histological typing of oesophagus and gastric tumors, In World Health Organization International. *Histological Classification of tumors*. Springer - Verlag - Berlin , 1989; 20 – 26

53.- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre dispepsia. Manejo del paciente con dispepsia. Guía de práctica clínica. Barcelona: Asociación Española de Gastroenterología, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2003. Programa de Elaboración de Guías de Práctica Clínica en Enfermedades Digestivas, desde la Atención Primaria a la Especializada: 3

54.- Hye-Kyung J, Seong-Eun K, Ki-Nam S, Sung-Ae J. Association between Dyspepsia and Upper Endoscopic Findings. *Korean J Gastroenterol*, Vol. 59 No. 4, April 2012.



- 55.- Bixquert M. Dispepsia funcional. Rev. esp. enferm. dig. [revista en la Internet]. 2004 Jun [citado 2012 Feb 13]; 96(6): 427-427. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113001082004000600010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4321/S1130-01082004000600010>.
- 56.- Riera F, González C, Vaca C, et al. Sedación, Seguridad y Utilidad de la Endoscopia Digestiva Alta en Pediatría. Departamento de Pediatría, Unidad de Gastroenterología y Nutrición, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Revista Chilena de Pediatría. Chile 2010; 81 (1): 37-45.- vol. 81 núm. 1. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v81n1/art05.pdf>
- 57.- Coucheton J, Guerre J, Pequinot H. "Historia Ilustrada de la Gastroenterología: de la antigüedad a nuestros días". Edición Española: Medicom S.A., 1993.
- 58.- Gómez A, Ricaurte O, Gutiérrez O. Costo efectividad de la endoscopia digestiva alta como prueba diagnóstica en una campaña para detección del cáncer gástrico. Rev Col Gastroenterol [serial on the Internet]. 2009 Mar [cited 2012 Aug 06]; 24(1): 34-50. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012099572009000100008&lng=en.
- 59.- Torres E, Cabello J, Salinas C, et al. Endoscopías digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Médica Cayetano Heredia. Rev Med Hered. [online]. abr./jun 1997, vol.8, no.2 [citado 06 Agosto 2012], p.58-66. Disponible en la World Wide Web: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1997000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1018-130X.
- 60.- Osorio M. La endoscopia digestiva superior en la Atención Primaria de Salud. MediSur [revista en la Internet]. 2010 Oct [citado 2012 Ago 06]; 8(5): 1-2. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000500001&lng=es.
- 61.- Campo L, Fontanillas N. Patología digestiva. Documentos clínicos SEMERGEN. España 2008. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/contentFiles/13668/es/digestivo.pdf>



- 62.- Dooley C, Larson A, Stace N, Renner I, Valenzuela J, Eliasoph J et al. Doublecontrast barium meal and upper gastrointestinal endoscopy. A comparative study. *Ann Intern Med* 1984; 101: 538-545.
- 63.- Galloway J, Gibson J, Dalrymple J. Endoscopy in primary care: a survey of current practice. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 536-538
- 64.- Talley N: *Helicobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia. *Scand J Gastroenterol Suppl* 1996; 220: 19-22.
- 65.- Harris P, Godoy A, Guiraldes E. Dolor abdominal, dispepsia y gastritis en pediatría: Rol del *Helicobacter pylori*. *Rev. chil. pediatr.* [revista en la Internet]. 2001 Mar [citado 2013 Abr 28] ; 72(2): 81-91. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062001000200002&lng=es. doi: 10.4067/S0370-41062001000200002.
- 66.- Veldhuyzen S, Sherman P. A systematic overview of *Helicobacter pylori* infection as the cause of gastritis, duodenal ulcer, gastric cáncer, and non-ulcer dyspepsia: Applying eight diagnostic criteria in establishing causation. *Can Med Assoc J* 1994; 150: 177-85.
- 67.- Dixon M, Genta R, Yardley J et al. Clasificación and grading of gastritis. The updated Sydney System. *Internacional Workshop on the histopathology of gastritis*, Houston 1994. *Am J Surg Pathol* 1996. 20:1161
- 68.- Rubín/Farber. *Patología*. Editorial Médica Panamericana SA. 1988 Gastritis pag. 579 -584.
- 69.- León R. Génesis de la patología gastroduodenal asociada a infección por *Helicobacter pylori* y su modulación por factores geográficos y socioeconómicos. En Bussalleu A, Ramírez A, Tagle M Editores. Primera Edición 2008. Sección VIII: pag 370 – 377.
- 70.- Archimandritis A, Spiliadis C, Tzivras M et al. Gastric epithelial polyps: A retrospective endoscopic study of 12974 symptomatic patients. *Ital J Gastroenterol* 1996; 28: 387-390.



- 71.- Vazquez-Iglesias J, Martín L. Tumores. En Vazquez-Iglesias JL ed: Endoscopia Digestiva I Diagnóstico. La Coruña. Galicia Editorial SA, 1992: 175-220.
- 72.- Stolte M, Sticht T, Eidt S, Ebert D, Finkenzeller G. Frequency, location and age sex distribution of various types of gastric polyps. *Endoscopy* 1994; 26: 659-665-
- 73.- Hizawa K, Fuchigami T, Iida M et al. Possible neoplastic transformation within gastric hyperplastic polyp. *Surg Endosc* 1995; 9: 714-718.
- 74.- Matsushita M, Hajiro K, Okazaki K, Takakuwa H. Endoscopic features of gastric inflammatory fibroid polyps. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1595-1598.
- 75.- Salas A. Evaluación de la displasia en las enfermedades digestivas. Barcelona-España. *Gastroenterol Hepatol*. 2007;30(10):602-11
- 76.- Lieberman D, Fennerty M, Morris C, Holub J, Eisen G, Sonnenberg A. Endoscopic evaluation of patients with dyspepsia: results from the national endoscopic data repository 2004. *Gastroenterology* 127: 1067–1075. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15480985>
- 77.- Marmo R, Rotondano G, Piscopo R, Bianco M, Russo P, Capobianco P et al. Combination of age and sex improves the ability to predict upper gastrointestinal malignancy in patients with uncomplicated dyspepsia: a prospective multicentre database study 2005. *Am J Gastroenterol* 100: 784–791. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15784019>
- 78.- Gisbert J. Enfermedades relacionadas con *Helicobacter pylori*: dispepsia, úlcera y cáncer gástrico 2011. *Gastroenterología y Hepatología* 34: 15-26. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705\(11\)70017-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0210-5705(11)70017-6)
- 79.- Muñoz J, Salazar E, Torres P, Vilches L. Frecuencia de *Helicobacter pylori* en estómago y características epidemiológicas de los pacientes que consultan por dispepsia con serología positiva al ambulatorio “Don Felipe Ponte” de Cabudare en el lapso de octubre 2007- Enero 2008 [tesis doctoral]. Venezuela 2008.



- 80.- H. Curioso W, Donaires N, Bacilio C et al. Prevalencia y asociación de la dispepsia y el síndrome de intestino irritable en una comunidad de la Selva Peruana. Rev. gastroenterol. Perú. [online]. abr./jun. 2002, vol.22, no.2 [citado 25 Mayo 2013], p.129-140. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292002000200003&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1022-5129.
81. Bustamante M, Devesa F, Borghol A. Predicción del diagnóstico endoscópico en el paciente con dispepsia: valor del síntoma predominante de presentación y de la presunción clínica inicial. Gastroenterol Hepatol. 2000;23:66-70. - vol.23 núm 2. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gastroenterologia-hepatologia-14/prediccion-diagnostico-endoscopico-paciente-dispepsia-valor-sintoma-9787-originales-2000?bd=1>
82. Medina F. Endoscopia. Diagnósticos endoscópicos en pacientes con trastornos dispépticos. 2008. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1152/6/Endoscopia.-Diagnosticos-endoscopicos-en-pacientes-con-trastornos-dispepticos>
83. Rodríguez K. Diagnóstico endoscópico en pacientes con trastornos dispépticos en el ASIC "Ernesto Guevara". Miranda. Falcón. Venezuela. Multimed 2010; 14(1). Disponible en: <http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2010/v14-1/3.html>
84. El-Serag HB, Talley NJ. Systemic review: the prevalence and clinical course of functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2004; 19: 643-54.
85. Moayyedi P, Mason J. Clinical and economic consequences of dyspepsia in the community. Gut 2002; 50 Suppl 4: iv10-2.
- 86.- Armanie E, Bohórquez J, Chiurillo M, Valderrama E, Martínez J, Granda N et al. Hallazgos clínicos, endoscópicos e histológicos asociados a la infección por *Helicobacter pylori* considerando los genotipos CAG A y VAC A en pacientes con dispepsia: Servicio de Gastroenterología. Hospital Central Universitario "Antonio María Pineda". Barquisimeto estado Lara. Gen [revista en la Internet]. 2010 Jun [citado 2012 Oct 09] ; 64(2): 76-81. Disponible en:



http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-35032010000200003&lng=es.

87.- Sierra F, Gutiérrez O, Gómez MC, et al. Campylobacter pylori en úlcera duodenal, gastritis crónica y dispepsia no ulcerosa. Acta médica colombiana vol.15 N° 2. Colombia 1990. Disponible en: <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/02-1990-02.pdf>

88.- Moncayo J. Prevalencia de Helicobacter pylori en pacientes con síntomas dispépticos que consultan a unidades de endoscopia de Manizales. Rev Investigaciones Andina, No 23, Vol 13, Pags 13-122. Colombia 2009. Disponible en: <http://www.utp.edu.co/vicerrectoria/investigaciones/investigaciones/DetallesProyecto/573>

89.- Esquivel-Ayanegui F. Dispepsia. Rev Gastroenterol Mex. 2012;77(Supl.1):44-6 - vol.77 núm Supl.1. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-gastroenterologia-mexico-288/dispepsia-90153809-modulo-v-neurogastroenterologia-motilidad-2012>

90.- Pineda E, de Alvarado E. Metodología de la Investigación. 3^{ra} ed. Washington, D.C.: OPS; 2008; p. 110-9



CAPÍTULO XI

ANEXOS

11.1 Anexo 1: OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Periodo de tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la fecha de la consulta	Años	Número de años cumplidos	18 – 30 31 – 45 46 – 60 61 – 75 > 75
Sexo	Clasificación de un individuo en masculino y femenino teniendo en cuenta criterios anatómicos.	Sexo	Femenino Masculino	Si/No
Procedencia	Lugar de nacimiento	Lugar de procedencia	Urbano Rural	Si/No
Estado civil	Situación permanente o relativamente estable, proveniente del matrimonio o parentesco.	Estado civil	• Soltero (a) • Unión Libre • Casado (a) • Divorciado (a) • Viudo (a)	Si/No
Dispepsia	Dolor o molestia localizada en la parte superior del abdomen de al menos tres meses de duración, continuos o intermitentes.	Clínica	Presencia de síntomas Ausencia de síntomas	Si/ No



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Epigastralgia urente	Dolor urente localizado en epigastrio	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Llenura	Sensación de estar lleno prematuramente, habiendo comido menos de lo usual	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/No
Distensión Abdominal	Sensación de un abdomen alto lleno y apretado, con aspecto distendido	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/No
Pirosis	Sensación de ardor o quemazón retroesternal, acompañado de sabor desagradable agrio o amargo	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Regurgitaciones	reflujo de contenido gástrico o duodenal que llega hasta garganta	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Eructos	Expulsión oral de gas después de ingerir alimentos o sin haberlo hecho	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Languidez	Dolor de hambre, localizado en epigastrio o zonas vecinas de hemiabdomen superior, aparece con el estómago vacío y se alivia con la ingesta de alimentos o antiácidos	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Meteorismo	Sensación de distensión de la parte alta del abdomen causada por gas y que se alivia con la eructación	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Flatulencias	Emisión de gas por el ano	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Nausea	Sensación de vómito inminente, seguida sólo de arcadas o esfuerzos infructuosos para vomitar	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Vómito	Expulsión del contenido gástrico	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Hematemesis	Expulsión de contenido gástrico acompañado de sangre	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Melenas	Heces negras (color de la brea)	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Disfagia	Dificultad para tragar los alimentos	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Anorexia	Ausencia de deseo de comer	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Pérdida de Peso	Disminución visible del peso corporal	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Anemia	Concentración baja de hemoglobina en la sangre, acompañada de palidez y astenia	Clínica	Presencia de síntoma Ausencia de síntoma	Si/ No
Infección por Helicobacter Pylori	Estado en el cual una persona se halla o fue infectada por el germen.	Infección por Helicobacter pylori	<ul style="list-style-type: none">• Positivo• Negativo	Si/No



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Diagnostico mediante Endoscopia Digestiva Alta	Visualización directa mediante endoscopia de alteraciones en el tracto digestivo superior.	Diagnóstico mediante endoscopía digestiva alta	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones no significativas (eritema, congestión, hiperemia, Hernia de Hiato, esófago de Barret, etc), normal• Lesiones significativas (erosiones, úlceras, tumor/cáncer, esofagitis)	Si/No
Lesiones Endoscópicas	Alteraciones observadas en la mucosa el momento de la endoscopia digestiva alta.	Lesiones endoscópicas	<p>Clínicamente significativas</p> <p>Clínicamente no significativas</p>	Si/No
Diagnostico Histológico (Hallazgos Generales)	Diagnostico realizado mediante la observación histológica en caso de haberse recogido una muestra durante la endoscopia digestiva alta	Diagnóstico Histológico	<ul style="list-style-type: none">• Mucosa gástrica normal• Mucosa gástrica no atrófica• Mucosa gástrica atrófica	Si/No



VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Diagnostico Histológico (Hallazgos Específicos)	Diagnostico realizado mediante la observación histológica en caso de haberse recogido una muestra durante la endoscopia digestiva alta	Diagnóstico Histológico	<ul style="list-style-type: none">• Gastritis aguda• Pólipo hiperplásico• Pólipo inflamatorio• Gastritis crónica• Gastritis crónica activa• Gastritis crónica superficial• Gastritis crónica profunda• Gastritis hipertróficas• Metaplasia intestinal completa• Metaplasia intestinal incompleta• Metaplasia intestinal mixta• Pólipo adenomatoso• Displasia de bajo grado• Displasia de alto grado• Adenocarcinoma• Otros	Si/No



11.2 Anexo 2: Formulario de recolección de datos

**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA**

**HALLAZGOS CLÍNICOS, ENDOSCÓPICOS ALTOS E HISTOLÓGICOS DE
PACIENTES CON SÍNTOMAS DISPÉPTICOS ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA DURANTE 2010-2011**

1. N° Historia Clínica Hospitalaria: _____ **2. No de procedimiento:** _____

3. Sexo:

- Masculino
- Femenino

4. Procedencia:

- Urbana
- Rural

5. Edad al momento de realizarse el examen: _____

6. Fecha del examen: ____/____/____

8. Motivo de consulta

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Epigastralgia | <input type="checkbox"/> Languidez | <input type="checkbox"/> Anorexia |
| <input type="checkbox"/> Llenura | <input type="checkbox"/> Eructos | <input type="checkbox"/> Pérdida de peso |
| <input type="checkbox"/> Distensión abdominal | <input type="checkbox"/> Meteorismo | <input type="checkbox"/> Anemia |
| <input type="checkbox"/> Pirosis | <input type="checkbox"/> Flatulencias | <input type="checkbox"/> Otros |
| <input type="checkbox"/> Regurgitaciones | <input type="checkbox"/> Hematemesis | |
| <input type="checkbox"/> Nausea | <input type="checkbox"/> Melenas | |
| <input type="checkbox"/> Vómito | <input type="checkbox"/> Disfagia | |

9. Diagnostico Endoscópico

Lesiones no significativas (duodenitis, gastropatía eritematosa, congestiva, hiperemica, folicular, hernia de Hiato, etc)



Lesiones elevadas y deprimidas

Pólipo

Erosiones y/o pápulas

Esofagitis

Úlcera

Cáncer/Tumor

Otros

10. Helicobacter Pylori

- Si
- No
- No reporta

11. Hallazgos Histológicos Generales

- Normal
- Gastritis no atrófica
- Gastritis atrófica

12. Hallazgos Histológicos específicos

- Gastritis Aguda
- Pólipo Hiperplásico
- Pólipo Inflamatorio
- Gastritis Crónica
- Gastritis Crónica Activa
- Gastritis Crónica Superficial
- Gastritis Crónica Profunda
- Metaplasia Intestinal Completa
- Metaplasia Intestinal Incompleta
- Metaplasia Mixta
- Pólipos Adenomatosos
- Displasia de Bajo Grado
- Displasia de Alto Grado
- Adenocarcinoma (intestinal, difuso, indiferenciado)
- Otros