

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



***“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y
CARACTERÍSTICAS CLÍNICO - EPIDEMIOLÓGICA DEL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”***

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

MÉDICO CIRUJANO

PRESENTADA POR:

BACH. MIJAIL KEVIN REYNAGA VIGURIA

Tacna - Perú

2012

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

Dedico la presente tesis:

A Dios, que me da la oportunidad de vivir y las fuerzas necesarias para alcanzar mis objetivos.

A mis padres Atilio y Tadea, por darme la vida, creer en mí, darme una profesión y brindarme su apoyo y amor incondicional.

A mis hermanos, Tania, Yasmini, Katia, Pavel, e Irana, por llenarme de alegría día a día y por todo el amor que les tengo y el que ellos siempre me demuestran.

A mi novia Erika y mi hijo que pronto a de nacer, por darme fuerzas y llenarme de alegría

A mis sobrinos, primos, tíos, abuelos, porque con sus buenos pensamientos y deseos, me impulsan a ser cada día mejor.

Con todo mi cariño...

Mijail Kevin

Reynaga Viguria.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a todos mis docentes y a la vez maestros, por el empeño, la paciencia y la confianza que, durante todos los años de estudio, en mi han puesto.

Así mismo agradezco a mis amigos y compañeros de estudio, por hacer más grata, de lo que de por sí ya era, mi permanencia en la Universidad.

Finalmente, me gustaría expresar mi gratitud a todo el personal de apoyo y administrativo de la Universidad Privada de Tacna, que en muchos momentos de mi estancia, me tendieron gustosamente una mano de ayuda.

Mijail Kevin Reynaga Viguria.

RESUMEN

Objetivo: Describir las características clínico epidemiológicas y sus resultados endoscópicos y de biopsia gástrica de los pacientes a los que se ha realizado una endoscopia gástrica en el servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna en el año 2011. **Metodología:** Es un estudio retrospectivo transversal descriptivo y analítico. El tamaño muestral fue calculado utilizando el muestreo aleatorio simple. Se reviso historias clínicas de 180 pacientes, de todas las edades, de ambos sexos y que sean procedentes de la ciudad de Tacna. **Resultados y conclusiones:** se encontró que la mayor parte de la población estudiada corresponde al sexo femenino (63,34%), el grupo etario mas frecuente son de 48 – 59 años de edad y corresponde al 26.1%, el estado civil más frecuente son las personas casadas con un 36.7%; la ocupación mas frecuente con relación al sexo femenino son las amas de casa con un 61.4%, y en relación a los varones la ocupación más frecuente es el de otros el cual es representado en su gran mayoría por policías militares y bomberos (25.5%); el lugar más frecuente de procedencia de los pacientes es el distrito de Tacna con un 42% de la población total estudiada; el tiempo de enfermedad con más frecuencia que se vio en los pacientes estudiados fue el de rango 3 meses – 1 año. El dolor retroesternal tipo ardor y el dolor abdominal tipo urente son los síntomas mas frecuentes en los pacientes estudiados; la frecuencia de gastritis de nuestra población estudiada en el período de tiempo analizado fue de 92.54% siendo los diagnósticos mas frecuentes gastritis superficial leve y gastritis eritematosa moderada ambas con un 18%; del total de pacientes a los que se les realizó endoscopia gástrica se tomo biopsia al 73.3%; y por ultimo la frecuencia de Helicobáctér pylori en los pacientes a los que se les realizó biopsia es de 49%

Palabras clave: endoscopia gástrica.

ABSTRACT

Objective: To describe the epidemiological and clinical and endoscopic findings of gastric biopsies of patients that have been performed gastric endoscopy in the Gastroenterology Hospital Hipólito Unanue of the city of Tacna in 2011.

Methodology: A retrospective cross-sectional descriptive and analytical. The sample size was calculated using simple random sampling. Was a reviewed medical record of 180 patients of all ages, both sexes and are from the city of Tacna.

Results and conclusions: We found that most of the studied population corresponds to females (63.34%), the most common age group are 48 - 59 years of age and corresponds to 26.1%, the most common marital status are married people with 36.7%, the most common occupation in relation to females are housewives with 61.4%, and in relation to men the most common occupation is the other which is represented mostly by military police and firefighters (25.5%), the most common site of origin of patients is the Tacna district with 42% of the total population studied, the time of disease more frequently than seen in the patients studied was the range 3 months - 1 year. We conclude in this paper that such burning retrosternal pain and burning abdominal pain are the most frequent symptoms in the patients studied, the frequency of gastritis in our study population in the `period of time analyzed was 92.54% being the most frequent diagnoses mild superficial gastritis and mild erythematous gastritis both with 18% of all patients who underwent endoscopic gastric biopsy was taken at 73.3%, and finally the frequency of Helicobacter pylori in patients who underwent biopsy is 49%.

Keywords: gastric endoscopy.

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 Fundamentación del problema	12
1.2 Formulación del problema	13
1.3 Objetivos de la investigación	13
1.3.1 Objetivo General	13
1.3.2 Objetivos Específicos	14
1.4 Justificación	14
1.5 Definición de términos	15
CAPÍTULO II REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	21
2.1 Antecedentes de la investigación	22
2.2 Marco teórico	27
CAPÍTULO III VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	58
3.1 Operacionalización de las variables.	59
CAPÍTULO IV METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	62
4.1 Diseño	63
4.2 Ámbito de estudio	63
4.3 Población y muestra	63
4.3.1 Criterios de inclusión	64

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

4.3.2 Criterios de exclusión	65
4.4 Instrumentos de Recolección de datos	65
4.5 procedimientos de análisis de datos	66
CAPITULO V RESULTADOS	67
DISCUSION	81
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES	86
BIBLIOGRAFIA	87
ANEXOS	89

INTRODUCCIÓN ¹

La práctica endoscópica en el Perú siempre ha tratado de ponerse al nivel de los avances de la tecnología de su época; se dispone de información que el Dr. Alfredo Calderón Martínez realiza las primeras endoscopías con un gastroscopio rígido de Schindler y poco después el Dr. Jorge Diez Canseco, impulsor de la especialidad en el Hospital Dos de Mayo. Posteriormente en 1942, en el Hospital Arzobispo Loayza, se realizan gastroscopías con un instrumento semiflexible (tubo metálico con un resorte terminal y todo rodeado con una cubierta de caucho) de visión lateral, estas eran practicadas por el Dr. Ricardo Sáenz Jiménez y ayudado por el entonces alumno del 5to año de medicina Germán Garrido Klinge.

En la década de los cincuentas, en diversos centros hospitalarios de Lima, se realizan endoscopías con instrumentos semiflexibles de diversos modelos. En 1962 llega al Perú y en particular al Hospital Edgardo Rebagliatti Martins el primer fibroscopio modelo Hirschowitz Americano sin ángulo regulable; con este instrumento realiza las primeras duodenoscopías el Dr. Hernán Espejo Romero. Los modelos de fibroscopios, desde ese entonces, fueron sofisticándose y poco a poco fueron adquiriéndose en diversos centros hospitalarios de Lima.

En 1974 se realizan las primeras colangiografías retrógradas endoscópicas. Posteriormente, como en cualquier otro centro del mundo, se han ido realizando, a través del endoscopio, la extracción de pólipos, el tratamiento de úlceras sangrantes, dilataciones, gastrostomías, escleroterapia y ligadura de várices esofágicas, colangiografías retrógradas, etc. En 1995 se empieza a realizar las primeras ultrasonografías endoscópicas. Como vemos el uso que

¹ Torres E, Cabello J, Salinas C, Cok J, Bussalleu A. Endoscopias digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Médica Cayetano Heredia. Rev Med Hered 1997; 8: 58-66.

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

se le ha dado a la endoscopia digestiva alta, se ha ido incrementado con el tiempo. Hay mucha literatura nacional e internacional de trabajos realizados en base a endoscopias digestivas altas; los temas son muy variados debido a la gran patologia que existe a nivel de esofago, estomago y duodeno.

El presente es un estudio retrospectivo, transversal descriptivo y analítico que describe los resultados de las endoscopias de la mucosa gástrica y de las biopsias gástricas, realizadas en pacientes del Hospital Regional Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna en el año 2011.

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Fundamentación del Problema

La endoscopia constituye el medio más sensible y específico de estudiar el tubo digestivo superior. Además de permitir la visualización directa de la mucosa, facilita la documentación fotográfica de los defectos mucosos y permite hacer biopsias de los tejidos para descartar lesiones malignas (úlceras gástricas) o infección por *H. pylori*. El examen endoscópico es especialmente útil para identificar lesiones demasiado pequeñas para ser detectadas en la exploración radiológica, para estudiar alteraciones radiológicas atípicas o para determinar si una úlcera es el origen de una hemorragia².

Las úlceras se producen en el estómago o el duodeno, y con frecuencia son de naturaleza crónica, los trastornos pépticos son muy frecuentes en Estados Unidos, y afectan a unos cuatro millones de individuos (casos nuevos y recaídas) al año. La prevalencia de la úlcera péptica a lo largo de la vida en Estados Unidos es de aproximadamente 12% en varones y 10% en mujeres. Además se calcula que se produce unas 15000 muertes al año como consecuencia de una úlcera péptica complicada. El impacto económico de estos procesos es considerable, con un costo estimado para el sistema sanitario de casi 10000 millones de dólares al año³.

La gastritis es el diagnóstico endoscópico más frecuente en patologías gástricas a nivel mundial, generalmente va relacionado con un

² Chan FKL, Leung WK: Peptic-ulcer disease. Lancet: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición 360:933, 2002 [PMID: 12354485]

³ Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición

desorden alimenticio consumo de alcohol, tabaco y medicamentos como los antiinflamatorios no esteroideos.⁴

1.2 Formulación del Problema

✚ ¿Cuáles son los diagnósticos mas frecuentes y las características clínico epidemiológicas de los pacientes a los que se les realizó endoscopia gástrica en el servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2011?

1.3 Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

- Describir las características clínico epidemiológicas y sus resultados endoscópicos y de biopsia gástrica de los pacientes a los que se ha realizado una endoscopia gástrica en el servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna en el año 2011.

⁴ Correa, Pelayo, “Etiopatogenia de gastritis y cáncer gástrico” Colombia 2005.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Caracterizar la población a investigar según variables sociodemográficas como edad, sexo, ocupación, estado civil y procedencia.
- Precisar las manifestaciones clínicas más frecuentes.
- Dar a conocer los tipos de enfermedades diagnosticadas mediante endoscopia, biopsia y precisar sus características y variaciones.

1.4 Justificación

La realización de este estudio es importante puesto que nos servirá para conocer las características clínicas y epidemiológicas de las diferentes patologías gástricas diagnosticadas por endoscopia en el año 2011, así como su variación de presentación en este año.

Asimismo, su importancia radica en que no se cuentan con estudios previos en nuestro medio, los cuales den alguna información respecto a diagnósticos endoscópicos y de biopsia.

El presente trabajo puede ser utilizado en la previsión para la capacitación o utilización de equipos en los meses en los que haya más patologías gástricas para lograr un adecuado servicio para los pacientes. Valorando el factor de riesgo de las enfermedades digestivas diagnosticadas endoscópicamente Ayudará a crear planes de prevención primaria en las diferentes patologías en las cuales se pueda crear un plan de prevención.

1.5 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

GASTRITIS³: Es la inflamación de la mucosa gástrica, hay mucha controversia en su clasificación y esta se realiza según criterios endoscópicos e histológicos. Endoscópicamente se clasifica en:

GASTRITIS AGUDA: caracterizada por hemorragias subepiteliales, Petequias, erosiones, con mucosa friable y sangrante; estas lesiones son superficiales, y pueden variar en número, tamaño y localización.

GASTRITIS CRÓNICA: caracterizado por eritema de la mucosa gástrica, engrosamiento de pliegues, aplanamiento de pliegues, palidez de la mucosa, adelgazamiento de la mucosa con visualización de vasos submucosos; y pueden variar en su extensión y localización.

GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL: hay un infiltrado de células en la porción superficial de la mucosa, que llega hasta el cuello de las glándulas propias (foveola), en particular en la lámina propia entre las criptas gástricas.

GASTRITIS CRÓNICA PROFUNDA: en la que el infiltrado de células inflamatorias pasa la zona de la foveola y llega a las porciones profundas de la mucosa.

GASTRITIS CRÓNICA ATROFICA: hay destrucción y desaparición de las glándulas, independientemente del grado de inflamación, dejando solamente pequeños hoyos. La actividad de la gastritis está dada por la presencia de células inflamatorias agudas (polimorfonucleares) y se la clasifica en leve, moderada y severa.

ÚLCERA PÉPTICA²

La úlcera péptica, o enfermedad ulcerosa péptica, es una lesión en forma de herida más o menos profunda, en la capa más superficial (denominada mucosa) que recubre el tubo digestivo. Cuando esta lesión se localiza en el estómago se denomina úlcera gástrica y cuando lo hace en la primera porción del intestino delgado se llama úlcera duodenal.

ÚLCERA PÉPTICA CLASIFICACIÓN DE FORREST²

FORREST I	FORREST II	FORREST III
Sangrado activo	Con estigmas de sangrado	Sin estigmas de sangrado
I.a. Sangrado en chorro	II.a. Vaso visible	III. lesión de lecho limpio.
I.b. escurrimiento continuo	II.b. Coágulo pardo adherente.	
	II.c. Coágulo plano de base negra.	

VÁRICES GÁSTRICAS³

Las várices gástricas se presentan en hipertensión portal de diversos orígenes. Las várices gástricas aisladas se producen en alteración segmentaria del lado izquierdo (trombosis o estenosis de la vena esplénica).

CLASIFICACIÓN DE VÁRICES GÁSTRICAS³

- **Tipo I:** várices esofagogástricas (VEG): Las várices esofagogástricas siempre están asociadas a várices esofágicas y se subdividen en:

Tipo VEG - 1: aparecen como una continuación de las várices esofágicas y que se extienden hasta 2 a 5 cm por debajo de la unión gastroesofágica solo en la curvatura menor del estómago.

Tipo VEG - 2: se extienden hacia el fondo del estómago.

Várices gastroesofágicas (VGE)



VGE - 1



VGE - 2

• **Tipo II:** várices gástricas aisladas. (VGA): se dividen en:

Tipo VGA - 1: se localizan solo en el fondo en ausencia de várices esofágicas

Tipo VGA - 2: se localizan en cualquier lugar del estómago.

Várices gástricas aisladas (VGA)



VGA - 1



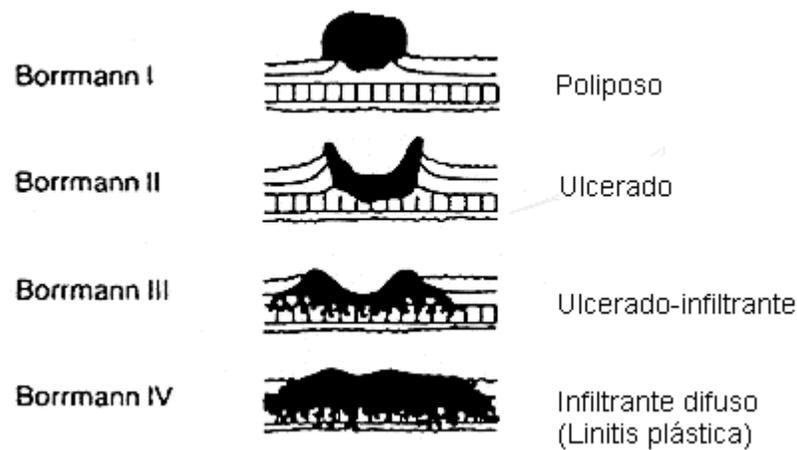
VGA - 2

CÁNCER GÁSTRICO⁵

⁵ Fox JG, Wang TC: Inflammation, atrophy, and gastric cancer. J Clin Invest 117:60, 2007 [PMID: 17200707].

El cáncer gástrico es la neoplasia mas frecuente del tubo digestivo en todo el mundo. El termino cáncer gástrico se refiere a los adenocarcinomas del estómago, que representan un 95% de los tumores malignos de este órgano.

CLASIFICACION BORRMAN⁵



CLASIFICACION YAMADA.⁶

Las lesiones elevadas se clasifican según Yamada en cuatro tipos, independiente del sitio donde sean encontradas

Yamada I: Ligeramente elevada. A esta categoría corresponden por lo general las lesiones submucosas. Son generalmente de aspecto benigno. Corresponden la mayoría de las veces a lesiones musculares, tipo miomas.

Yamada II: Son lesiones sésiles. Su característica mayor es que no tienen pedículo, el mejor ejemplo de ellas es la gastritis verrucosa que es benigna.

⁶ Macdonald JS et al: Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone

Yamada III: Son las yamadas subpediculadas, el mejor ejemplo son los pólipos hiperplásicos, puede ser de base amplia o angosta. Se relaciona más con malignidad.

Yamada IV: Son los que tienen pedículo. Su mejor ejemplo son los pólipos de tipo adenomatoso, son los que más hay que vigilar en cuanto a posible malignidad

METAPLASIA⁵: Es el cambio de las células de la superficie y del epitelio de las criptas gástricas por células de morfología similar a células del intestino; se clasifica en: Completa (Tipo I) similares a células del intestino delgado, e incompleta (Tipo II) similares a células del intestino grueso; puede haber en una misma muestra una combinación de los dos tipos de metaplasia que se denomina tipo mixta.

DISPLASIA⁵: definida por alteración en la proliferación celular, pérdida de la diferenciación citoplasmática de las mismas, atipia y pérdida de la arquitectura de la mucosa. Se le considera como una lesión precancerosa.

DAÑO MUCINOSO⁵: que está definido como la depleción de la vacuola de mucina de las células de la foveola gástrica; ésta a su vez se clasifica en: Parcial: En donde la depleción es incompleta de la vacuola de mucina de las células de la foveola gástrica.

Total: Es la depleción completa de la vacuola de mucina de las células foveolares gástricas.

Focal: En el que sólo se aprecia el daño en una zona del epitelio; ésta a su vez puede ser parcial o total.

Multifocal: En el que el daño se aprecia en varias zonas del epitelio gástrico; igualmente puede ser parcial o total.

Difusa: En el que se aprecia una depleción amplia y extendida de la vacuola de mucina del epitelio foveolar; también puede ser parcial o total.

HELICOBACTER PYLORI: se trata de una bacteria espiralada, gram negativa, microaerófila, ureasa positiva, cuyo hábitat es el epitelio gástrico y que se le diagnostica por diversos métodos, siendo el usado en este trabajo la coloración de hematoxilina.⁷

⁷ Osorio M, Moré A, Álvarez L, Pasos J, Ortega A. Seguimiento evolutivo mediante estudio endoscópico – histológico e infección por helicobacter pylori en pacientes con úlcera gástrica. Revista electrónica de las ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 2010; 8 (1).

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

CAPITULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

TORRES SILVA Elder, CABELLO José, SALINAS César, COK Jaime, BUSSALLEU Alejandro.¹ Endoscopías digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Médica Cayetano Heredia. Determinar los diagnósticos endoscópicos e histopatológicos de las biopsias gástricas en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, la frecuencia de *Helicobacter pylori* en biopsias gástricas no neoplásicas y su relación con el diagnóstico endoscópico e histopatológico. Material y métodos: Estudio retrospectivo de 435 endoscopías realizadas en la Clínica Médica Cayetano Heredia entre el 1º de setiembre de 1993 y el 31 de enero de 1996. Se realizó la relectura de 104 láminas por un mismo examinador, para estandarizar los informes finales de anatomía patológica. Resultados: La edad promedio fue de 44.41 años, el 47.36% fueron varones y el 52.64%, mujeres. La gastritis fue el diagnóstico endoscópico mas frecuente (56.78%). Asimismo, gastritis fue el diagnóstico histológico mas frecuente (91.05%), de la cuales fueron gastritis activas 91.9%, con daño mucinoso 98.8% y con metaplasia intestinal 22.5%. En el 48.97% de la población estudiada se realizó biopsia endoscópica. La frecuencia de *Helicobacter pylori* en mucosa gástrica no neoplásica fue de 78.69%, y se encontró asociación estadísticamente significativa entre la presencia de *Helicobacter pylori* y hallazgo histológico de gastritis, actividad de la gastritis, presencia de daño mucinoso y el diagnóstico endoscópico de úlcera gástrica.

Fernández Mendoza, Lázara, Corrales Castañeda, Yosvani;

Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en el centro de diagnóstico Integral Yagua 2007⁸.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de carácter retrospectivo, con el objetivo de conocer el comportamiento de las patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en un grupo de pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral Yagua, del municipio Guacara, Estado Carabobo, en el período comprendido entre julio a diciembre de 2007. Utilizamos como universo 1542 pacientes de los cuales 464 representaron nuestra muestra simple aleatoria, predominando los pacientes de 45 a 59 años de edad, siendo la mayoría del sexo femenino. El promedio de edad de los casos fue de 46.2 años. La gastritis fue la patología de mayor diagnóstico endoscópico presente en algo más de la tercera parte de los pacientes, correspondiéndose principalmente con el sexo femenino. El estrés mantenido afectaba a más de la mitad de los pacientes estudiados, así como el tabaquismo y el consumo de alcohol fueron otros factores exógenos asociados de alta ocurrencia. El estudio endoscópico fue indicado principalmente bajo la impresión diagnóstica de dolor abdominal, síndrome ulceroso y esofagitis, encontrándose como hallazgo endoscópico fundamental en estos casos la gastritis, la úlcera péptica y la hernia hiatal respectivamente.

CHACALTANA Alfonso, VELARDE Héctor, ESPINOZA Julio;

Lesiones Endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con

⁸ Fernández L, Corrales Y. Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en el centro de diagnóstico integral yagua 2007. Revista Médica Electrónica 2009; 31(4).

insuficiencia Renal Crónica. Revista de Gastroenterología del Perú.⁹ La Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT) ocasiona alteraciones a nivel sistémico, y entre ellas, las relacionadas al aparato digestivo manifestadas por sintomatología variada y responsable de significativa morbi-mortalidad. El objetivo principal del estudio fue determinar las alteraciones endoscópicas del tracto digestivo superior más frecuentes en los pacientes con IRCT. Se desarrolló un estudio descriptivo y retrospectivo en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IRCT incluidos en el Programa de Hemodiálisis del Hospital Central FAP, desde Enero del 2000 a Febrero del 2007, con estudio de endoscopia alta realizada durante el mismo período de tiempo, revisándose las respectivas historias clínicas para la recolección de variables demográficas, clínicas y endoscópicas. Se estudiaron 54 pacientes. La edad promedio fue 73.2 años, siendo más frecuente en varones con una relación M/F de 1.45. La población tenía en promedio 32 meses de diagnóstico de IRCT y valores promedio de urea y creatinina sérica en 94.4 y 3.9 mg/dl respectivamente. Sólo el 37.1% de los pacientes fueron sintomáticos. La indicación más frecuente del estudio endoscópico fue la hemorragia digestiva alta (29.6%). Los hallazgos endoscópicos más prevalentes fueron las erosiones gástricas (35.2%), eritema parcelar antral (27.8%), úlcera gástrica (24.1%) y erosiones duodenales (18.5%). El diagnóstico histopatológico predominante fue la gastritis crónica superficial (65.8%). La infección por *Helicobacter pylori* estuvo presente en el 38.6% de los pacientes estudiados. Las alteraciones endoscópicas del tracto digestivo superior más frecuentes en los pacientes con IRCT fueron las erosiones

⁹ Chacaltana Alfonso, Velarde Héctor, Espinoza Julio; Lesiones Endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con insuficiencia Renal Crónica. Revista de Gastroenterología del Perú.

gástricas, eritema parcelar antral, úlcera gástrica y erosiones duodenales.

BAÑOS MADRID R, RAMÓN ESPARZA T, SERRANO JIMÉNEZ A, ALAJARÍN CERVERA M, ALBERCA DE LAS PARRAS F, MOLINA MARTÍNEZ J. Evaluación y mejora en la información de los pacientes que se realizan una endoscopia. Análisis de Medicina Interna ¹⁰ La información es una parte importante del proceso asistencial, aunque en ocasiones puede ser inadecuada o deficiente. Detectamos una oportunidad de mejora en la inadecuada información de los pacientes que se realizan una endoscopia. El objetivo es evaluar y mejorar la calidad de la información. Realizamos una primera evaluación con 100 pacientes procedentes de consultas, detectando desconocimiento de la técnica que se les va a realizar. Se aplican acciones de mejora, durante 4 meses, para realizar una segunda evaluación, con el mismo número de pacientes y evaluar mejoría respecto a la situación de partida. Se ha detectado un déficit de información en el momento de indicar la endoscopia (poca información aportada por el médico prescriptor y en un número importante de casos no se aportaba consentimiento informado) y tras realizar la prueba, no aportando recomendaciones. Priorizamos nuestra actuación a este nivel con medidas de mejora y después de una nueva evaluación se determina una mejora significativa en estas situaciones. Los estudios de nivel de calidad nos permiten detectar situaciones deficitarias y mejorar situaciones en los servicios de salud.

¹⁰ Baños Madrid R, Ramón Esparza T, Serrano Jiménez A, Alajarín Cervera M, Alberca de las parras F, Molina Martínez J. Evaluación y mejora en la información de los pacientes que se realizan una endoscopia. Análisis de Medicina Interna

BEJARANO Mónica; Correlación clínica en enfermedad gástrica diagnosticada por endoscopia. Revista Colombiana de gastroenterología.¹¹ Se realizó un estudio analítico de tipo casos y controles, donde se incluyeron 1155 individuos que consultaron a la Clínica Rafael Uribe en Cali, Colombia, por sintomatología digestiva y en quienes se realizó endoscopia digestiva alta entre febrero y julio de 2003. Se identificaron como casos los individuos con diagnóstico de úlcera péptica (161 personas) y como controles se seleccionaron los individuos con diagnóstico endoscópico de dispepsia no ulcerosa (994 personas). Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron ardor o dolor epigástrico (77%), vómito (72%), náuseas (55%) y cólico abdominal (45%). Al evaluar su exactitud diagnóstica para úlcera péptica se encontró que aunque la sensibilidad llega a ser alta (99%), la especificidad es muy baja, así como el valor predictivo positivo (máximo 15%). El único síntoma que se asocia de manera significativa con la úlcera péptica es el vómito (OR 2.2 - 4.5). No se encontró una buena correlación entre los síntomas descritos y el hallazgo endoscópico de úlcera péptica; por eso es necesario realizar endoscopia digestiva alta a todo paciente con síntomas digestivos, para aclarar su origen.

¹¹ Bejarano Mónica; Correlación clínica en enfermedad ulcerosa diagnosticada por endoscopia. Revista Colombiana de gastroenterología.

2.2 MARCO TEÓRICO

2.2.1 ENDOSCOPIA

2.2.1.1 INTRODUCCIÓN¹²

La palabra “endoscopia” viene del griego que significa “mirar, observar dentro”; en un primer momento, la endoscopia digestiva fue exclusivamente un método diagnóstico a través de diferentes aparatos ópticos que permitían explorar el tubo digestivo.

El gran desarrollo alcanzado por la endoscopia en los últimos años, se debe a que la técnica no se limitó al diagnóstico, sino que pasó a ser importante en el pronóstico de muchos procesos y fundamentalmente, un método terapéutico de primera línea.

Por ello, la endoscopia digestiva cumple hoy una triple misión en enfermedades digestivas, diagnóstica, pronóstica y en el tratamiento¹².

2.2.1.2 CONCEPTO¹²

Examen visual del interior de las cavidades del organismo mediante la introducción por vía natural o artificial de un instrumento llamado endoscopio. Este adquiere distintas denominaciones según el órgano que se va a explorar: esófago, estómago, colon, cavidad peritoneal, vías pulmonares, urinarias, articulares, etc.

2.2.1.3 HISTORIA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA¹³

¹² American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy Volume 52(6) 2000.

¹³ De la Torre BA (1987). “Breve historia de la endoscopia. Crónica de una hazaña”. Gastroenterol Mex 52. pp: 179 – 186.

a) Los inicios de la endoscopia¹³

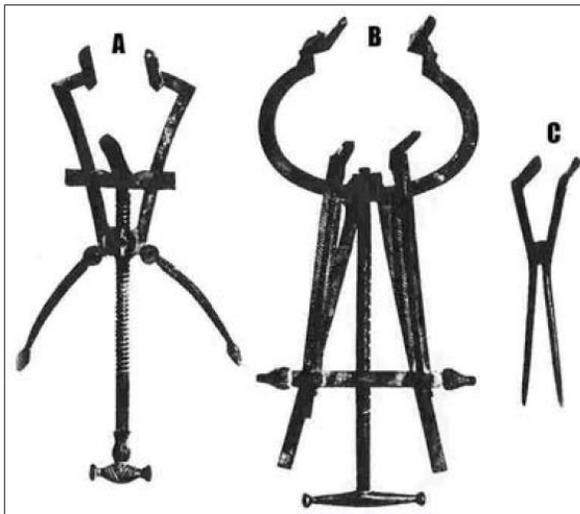
El primer método desarrollado para el examen visual de la superficie interna de una cavidad, víscera hueca o conducto fue el espéculo. Siguiendo ese razonamiento, se puede sostener que los primeros endoscopistas fueron ginecólogos, pero concretar la época precisa del descubrimiento del espéculo resulta imposible. Hipócrates y Galeno nos han provisto de descripciones bastante completas de enfermedades de la vulva y del útero, pero no por ello podemos afirmar que conociesen la existencia del espéculo, y menos atribuir a alguno de ellos su invento. Si bien las obras de autores antiguos de la medicina nos proveen revelaciones insuficientes acerca del uso del espéculo, podemos afirmar con certeza que este instrumento era conocido por los romanos. Entre los instrumentos extraídos en la “Casa del cirujano” en Pompeya se encuentra un espéculo vaginal del siglo I. El primer escrito donde aparece el espéculo data del siglo VII donde Paolo de Egina habla de él como de un instrumento clásico de uso corriente. La historia de la exploración del recto, aunque más antigua, resulta más simple en comparación con la de la endoscopia digestiva alta. El empleo del espéculo en el examen del ano y de la parte baja del recto estaba poco difundido. De hecho, diversos autores como Dechambre y H. R. Storer, veían de mayor utilidad la exploración rectal que el uso del espéculo en el diagnóstico de los enfermos del recto. H. R. Storer describía un procedimiento para examinar la mucosa rectal en mujeres que consistía en provocar una invaginación artificial de la mucosa rectal a través del ano tras deprimir con el dedo índice el tabique recto-vaginal a través de la vagina. Otros orificios naturales que resultaban fácilmente

accesibles eran los conductos auditivos y la cavidad oral; es por esto que los otorrinolaringólogos se dedicaron también al problema. El invento del “speculum auris”, hoy en día todavía en uso, es atribuido a Wilhelm Fabry de Hilden en 1580. Las primeras tentativas de esofagoscopia son asignadas a un cirujano alemán, M. L. Valdenburg, quien ideó un esofagoscopio compuesto por un tubo ligeramente cónico, de 8 cm. de largo y 1’5 cm. de ancho en la parte superior, de goma resistente y suspendido por medio de una especie de articulación móvil, que con la ayuda de un espejo común permitía explorar la mucosa esofágica inmediatamente por debajo del tubo que la extendía. El 29 de Noviembre de 1853 A. J. Desormeaux presentó en la Academia de Medicina su uretroscopio. Más tarde perfeccionó su instrumento extendiendo su aplicación a otras regiones del organismo, dando un uso más amplio explorando la uretra, la vejiga, el útero, la estenosis de recto y esófago e investigando los cuerpos extraños introducidos en el fondo de las heridas. Acuña el término endoscopio en la obra en la cual sintetiza sus investigaciones “De la endoscopia y sus aplicaciones” (París, 1865), hecho que le convierte en el inventor de la endoscopia. Su “endoscopio” estaba compuesto por dos partes diferentes: algunas sondas, cuyo calibre y forma difieren según el sitio a explorar, y un sistema de iluminación que reflejaba la luz y la proyectaba en el instrumento explorador. El desarrollo de la endoscopia digestiva se articula en tres períodos:

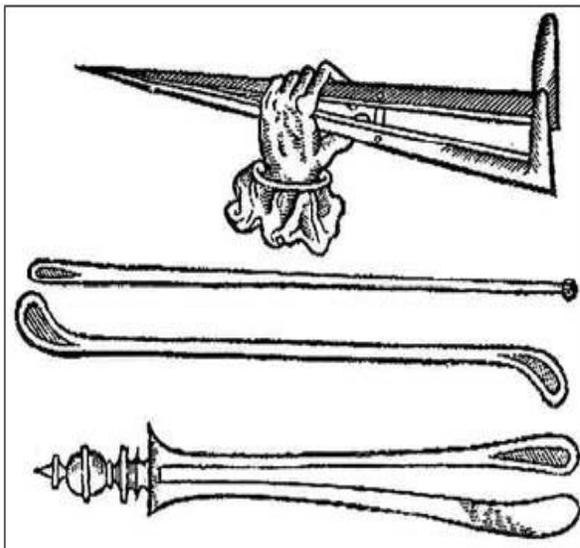
Endoscopia rígida

- Endoscopia semiflexible
- Endoscopia flexible

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*



A: Espéculo de 3 valvas, abierto.
B: Espéculo de 4 valvas, abierto.
C: Dilatador vaginal (excavación de Pompeya).



Speculum auris, Specillum, Cochlear, Tenacul.

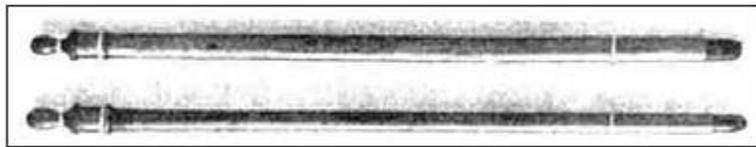
*Fuente: De la Torre BA (1987). “Breve historia de la endoscopia. Crónica de una
hazaña¹³”.*

a.1) LA ENDOSCOPIA RÍGIDA (1868-1932)¹⁴

La demostración que Adolph Kussmaul realizó en 1868 ante la sección médica de la Sociedad de Naturalistas en Freiburg, Alemania, cuando introdujo a un profesional de circo especializado en tragarse sables, una guía flexible en el esófago para posteriormente pasar a su través un tubo metálico rígido alineando el cardias con la arcada dentaria, permitiendo así a la fuente luminosa de Desormeaux alcanzar el estómago, ha sido marcada como el inicio de la endoscopia rígida del tracto digestivo alto. La falta de luz que la fuente luminosa de Desormeaux proporcionaba hizo que Kussmaul finalmente abandonara la idea. En 1881, las colaboraciones del físico vienés Johann von Mikulicz con el experto constructor de instrumentos Josef Leiter urdieron la construcción de un aparato que conseguía visión distal mediante una lámpara de platino con agua congelada. En 1883, Leiter se encontró con la lámpara incandescente de Edison en la exhibición eléctrica internacional de Viena. Con la sustitución de la lámpara incandescente por la lente de cable de platino, Leiter creó un instrumento que finalmente daba una adecuada y consistente iluminación de la mucosa esofágica y gástrica. Sin embargo, la rigidez de estos endoscopios, era la responsable de un alto riesgo de perforación. Por ello Elsner situó el sistema de lentes en un tubo separado para construir un gastroscopio rígido con visión lateral. La imperiosa necesidad de mejorar la seguridad

¹⁴ Haubrich William, s. (2000) History of endoscopy. In Sivak V. Gastrointestinal endoscopy by Sivak V. ed. W.B. saunders. pp: 3:33.

hizo que diversos autores idearan nuevas técnicas de introducción, como Bensaude que guiaba el instrumento sobre un hilo conductor o Hübner sobre una sonda elástica. Hoffmann y Van der Reis fabricaron nuevos aparatos articulados, y Sussmann experimentó también con tubos flexibles. En 1906 Kelly introdujo su rectoscopio como método corriente de exploración. En 1907 Strauss alcanzó penetrar en el sigma. A partir de 1920, Rudolph Schindler incluyó progresos más notables a la gastroscopía; simplificó los aparatos, los hizo más manejables y codificó su técnica. Pero, la perforación de esófago y estómago se sucedía de una manera frecuente, por lo que se siguió rediseñando el endoscopio de modo que se pudiesen llevar a cabo gastroscopías con índices aceptables de pocas complicaciones.



Arriba: Gastroscopio rígido de Kussmaul, 1868.
Abajo: Técnica de introducción del gastroscopio rígido de Kussmaul por el Dr. Victor von Hacker en 1896.

Fuente: De la Torre BA (1987). “Breve historia de la endoscopia. Crónica de una hazaña¹³”.

a.2) LA ENDOSCOPIA SEMIFLEXIBLE (1932-1956)

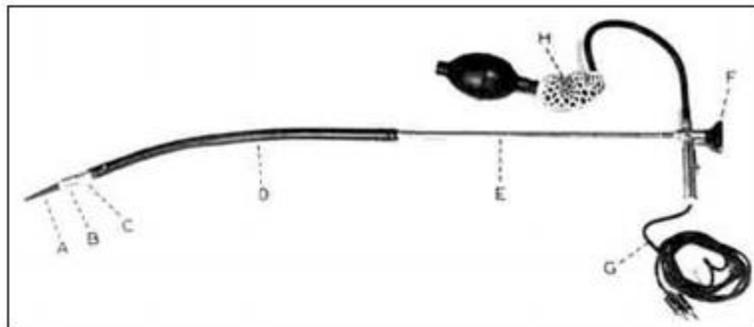
Hoffmann en 1911, estableció el principio óptico por el que afirmaba que se podía transmitir luz a través de un cable flexible compuesto por diversas lentes unidas a distancias focales cortas. Lang, unos años más tarde, construyó un tubo

que contenía este grupo de lentes convexas por la que demostraba que sí se podían transmitir imágenes claras por una serie de lentes convexas a lo largo de su curvatura, transmitiendo una imagen que no se distorsionaba si la curvatura del tubo no era excesiva. Esta teoría óptica y su demostración práctica se convertirían en la base del gastroscopio de Schindler, construido por la firma Wolf de Berlín, su primer gastroscopio semiflexible medía 74 cm. de largo y 1'2 cm. en su diámetro más largo, estaba caracterizado por su aparato óptico de lentes convexas, por la existencia en su extremidad inferior de una pequeña esponja de goma para enjuagar las secreciones y trazar el camino al objetivo, por su lámpara de filamento metálico y un prisma de objetivo con un campo visual mayor que el endoscopio rígido que proporcionaba una imagen derecha, no tumbada ni deformada, y por el material aislante con el que se había confeccionado para que al contacto con el paciente evitara corriente farádica derivada. Las críticas respondían a su fragilidad, su manejo con habilidad y la imposibilidad de valorar la totalidad de la mucosa gástrica. La historia de la enfermería endoscópica, surge en este período con la llegada de Gabriele Schindler, en la imagen junto a su marido Rudolph Schindler, quien como asistente gastrointestinal, hizo que el papel de la enfermera fuese parte integral de la endoscopia gastrointestinal. Conocida como la madre de la enfermería de la endoscopia gastrointestinal, desempeñaba una serie de actividades no muy diferentes del rol que realiza en la actualidad un enfermero en una unidad de endoscopías. Tales actividades eran; información del procedimiento al paciente, administración de anestésicos,

posicionamiento del paciente durante la prueba, sujeción de la cabeza del paciente durante el procedimiento, guiar el endoscopio, apoyo psicológico previo, durante y posterior a la endoscopia. En 1940, apareció el gastroscopio omniángulo de Cameron, que disminuía la distorsión y aumentaba la magnificación incorporando un espejo en la lente del objetivo. A pesar de estas modificaciones la exploración seguía siendo limitada.

En 1945, la compañía Eder Instrument Co, sacó un modelo de gastroscopio con un sistema óptico que proporcionaba una imagen más nítida y clara simultáneamente a un aumento de la flexibilidad distal del mango. En este período aparece el gastroscopio transesofagoscópico semiflexible de Eder Palmer, que consistía en la introducción de un gastroscopio semiflexible a través de un esofagoscopio rígido. Tanto por separado como combinados era el endoscopio de elección por los gastroenterólogos de los años 50.

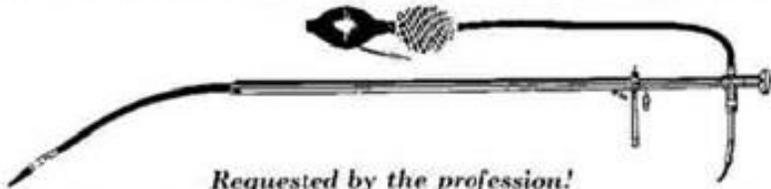
*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*



Arriba: Gastroscopio semiflexible WolfSchindler, 1932.
Abajo: Técnica de introducción por el Dr. Schindler y su mujer, 1932.

Fuente: De la Torre BA (1987). “Breve historia de la endoscopia. Crónica de una hazaña¹³”.

EDER-PALMER TRANS-ESOPHAGOSCOPIC FLEXIBLE GASTROSCOPE



Requested by the profession!

Introducing the new Trans-Esophagoscopic Gastroscope and its outstanding features:

1. Designed to fit through our standard 45 or 51 cm by 9.5 mm instruments
2. Smaller in diameter—9 $\frac{1}{4}$ mm but standard size lenses—same clarity and brilliant image as known in Eder Gastrosopes.
3. No change or conversion necessary on the Eder Hufford Flexible Esophagoscope.
4. Longer than the Standard Gastrosopes to permit full advantage of the flexible portion to be felt after it has been passed through the Esophagoscope.
5. Simplifies combination Gastroscopy and Esophagoscopy!
6. Instruments can be used individually or combined!
7. One introduction—Two examinations!
7. Patient's discomfort reduced! Doctor's diagnostic areas increased!

For more information, prices and descriptive folder \$89

Write the manufacturer
EDER INSTRUMENT COMPANY 2293 N. Clybourn Avenue
Chicago 11, Illinois

Gastroscopio semiflexible tranesfágico de EDERPALMER

Fuente: De la Torre BA (1987). “Breve historia de la endoscopia. Crónica de una hazaña¹³”.

a.3) LA ENDOSCOPIA FLEXIBLE (1956-Hasta nuestros días)¹⁴

En 1956 Curtis, Hirschowitz y Peters construyeron un endoscopio del todo revolucionario, basado en el principio de la fibras ópticas (un conjunto de fibras muy finas de vidrio reunidas en haces transmiten rayos luminosos que siguen la curvatura impresa al haz). El primer fibroscopio de Hirschowitz comprendía un tubo enteramente flexible compuesto de 36.000 fibras de vidrio, provisto de una óptica lateral que transmitía la imagen por medio de un prisma y de una lámpara eléctrica

colocada detrás del prisma. En Febrero de 1957, Hirschowitz se introdujo a si mismo el grueso pero flexible endoscopio, y pasados unos días a una mujer con una úlcera duodenal. Posteriormente, lo presentó a los miembros de la sociedad gastroscópica americana, y tras finalizar el año la compañía American Cystoscope Makers Incorporated (ACMI) fue contratada para manufacturar dichos fibroscopios. Las ventajas que caracterizaban este instrumento eran su completa flexibilidad, hecho que facilitaba su introducción haciéndola de este modo menos peligroso, su gran profundidad de campo que permitía ver esófago, estómago y duodeno con un solo instrumento, y por último su nitidez. Entre los inconvenientes se encontraban la dificultad de orientación del mismo por su gran flexibilidad y la dificultad de superar el píloro.

La complejidad de la tecnología de los colonoscopios hace que su uso se difunda sólo hacia los años sesenta, y en quince años logran alcanzar el mismo grado de perfección que los gastroscopios permitiendo la exploración de todo el colon, también del delgado terminal en el 90 por ciento de los casos.

Aunque los inconvenientes que aparecían en los fibroscopios se fueron mejorando, la revolución de los endoscopios aparecería con la llegada del videoendoscopio. La aparición del mismo se remonta a unos veinte años atrás cuando Welch Allyn Incorporated en el año 83 muestra su primer videoendoscopio en el congreso nacional de gastroenterología, endoscopio cuya característica fundamental radicaba en el uso de un chip para la Generación de imágenes, consiguiendo una visión binocular en un monitor de televisión.

Otra característica a detallar de este tipo de endoscopios era la utilización de la “luz fría”, ahora utilizada universalmente, evitando todo contacto del enfermo con un conductor eléctrico Bajo tensión y suministrando una intensidad luminosa de grado variable según la necesidad.

La progresiva reducción de los chips y el aumento de la calidad de la imagen por parte de fabricantes japoneses (Fujinon, Olympus y Pentax) hicieron que dichas compañías tomaran la industria del videoendoscopio. En la actualidad, el diámetro reducido y la perfecta flexibilidad de los endoscopios destinados a la exploración del tubo digestivo, permiten su fácil deglución sin ninguna preparación, ni siquiera anestesia local. La visión axial que ofrecen asegura un examen perfecto y completo de toda la superficie mucosa. Aceptan muestras de líquidos biológicos y biopsias certeras. Admiten procedimientos terapéuticos de diversas afecciones. Otros modelos de visión lateral permiten la canalización de la ampolla de Váter, y así acceder al conducto biliar y pancreático para el diagnóstico y tratamiento de determinadas afecciones. La rápida aceptación de la técnica de la endoscopia digestiva en el mundo de la medicina, por su amplio campo diagnóstico y terapéutico, han hecho de la misma una exploración de rutina, pieza fundamental de la medicina digestiva.

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*



a new and dramatic advance
in gastroduodenal visualization

THE HIRSCHOWITZ GASTRODUODENAL FIBERSCOPE

WITH FIBER OPTICS BY
A.C.M.I.

Pioneer research and experimental work in fiber optics has enabled ACMI to design and produce a notable instrument for more successful endoscopy — the Hirschowitz Gastroduodenal Fiberscope. This instrument utilizes the revolutionary principles of fiber optics to convey images from deeply hidden body cavities by means of thousands of flexible optical glass fibers. Outstanding features are:

- Flexibility in its entire length.
- Excellent visualization, even when acutely curved.
- Complete examination of stomach, pylorus, duodenal cap and afferent and efferent loops of the jejunum beyond a gastroenterostomy stoma.
- Ease in passing; ease in manipulation.
- Reduction of trauma and discomfort to patient.

For further information about this Fiberscope, consult your dealer or write to us.

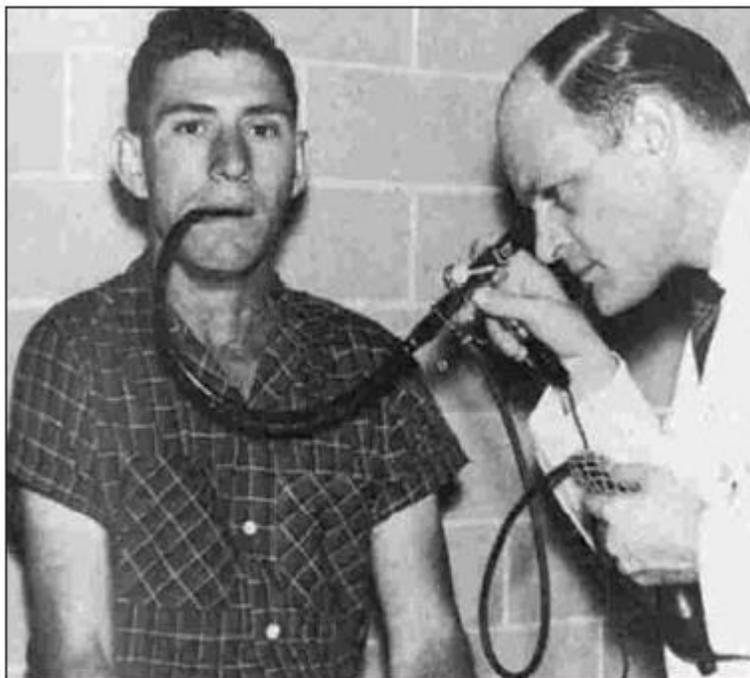
American Cystoscope Makers, Inc.
22 Pelham Parkway, Pelham Manor (Pelham), N. Y.



CATALOGUE
NO. 4900

Fuente: Haubrich William, s. (2000) History of endoscopy. In Sivak V. Gastrointestinal endoscopy by Sivak V¹⁴.

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*



Arriba: Fibroscopio de Hirschowitz, 1960.
Abajo: Técnica de introducción del fibroscopio
por el mismo Dr. Hirschowitz en 1960.

TABLA I. FECHAS CLAVE

La endoscopia digestiva al paso del tiempo

- 1868 – Aparición del endoscopio rígido
- 1923 – Rudolf Schindler publica “Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie”
- 1930 – Introducción del gastroscopio semiflexible
- 1950 – Introducción de la gastrocámara en Japón
- 1957 – Entrada del endoscopio de fibra óptica
- 1960 – Comercialización del endoscopio de fibra óptica
- 1965 – Primera colonoscopia
- 1968 – Primera colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)
- 1971 – Primera polipectomía
- 1972 – Primera CPRE terapéutica
- 1983 – Introducción del videoendoscopio

*Fuente: Haubrich William, s. (2000) History of endoscopy. In Sivak V.
Gastrointestinal endoscopy by Sivak V¹⁴.*

2.2.1.4 TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS^{15,16}

a) ENDOSCOPIA DE LA PORCIÓN SUPERIOR DEL APARATO DIGESTIVO

Esta técnica, conocida también como esofagogastroduodenoscopia (EGD), se practica introduciendo un endoscopio flexible por la boca y de ahí al esófago, estómago, bulbo duodenal y la segunda porción del duodeno. Constituye el mejor método para explorar la mucosa de las vías gastrointestinales altas. La serie radiográfica en esta porción posee exactitud similar para el diagnóstico de la úlcera duodenal pero la EGD es mejor para detectar úlceras del estómago, identificar lesiones planas de la mucosa como las del esófago de Barrett, obtener fragmentos de biopsia dirigida y practicar terapéutica endoscópica. Se administra sedación intravenosa sin pérdida del conocimiento a la mayoría de los pacientes estadounidenses para calmar la ansiedad y el malestar implícitos en el procedimiento, aunque en muchos países la esofagogastroduodenoscopia se lleva a cabo en forma rutinaria únicamente con anestesia faríngea tópica. La tolerancia del paciente no sedado a la EGD mejora con el empleo de un

¹⁵ Cotton, PB, CB. Williams. (1992). Endoscopia alta terapéutica. En: cotton PB, Williams CB, (eds). Tratado practico de endoscopia digestiva. Barcelona, Masson-Salvat.pp. 93 – 96

¹⁶ Montes P, Salazar S, Monge E. Cambios en la Epidemiología de la úlcera péptica y su relación con la infección con Helicobáctér pylori Hospital Daniel Alcides Carrión 2000 – 2005. Rev Gastroenterol Perú; 2007; 27: 382-288

endoscopio ultra delgado de 5 mm de diámetro que puede introducirse por vía oral o transnasal.

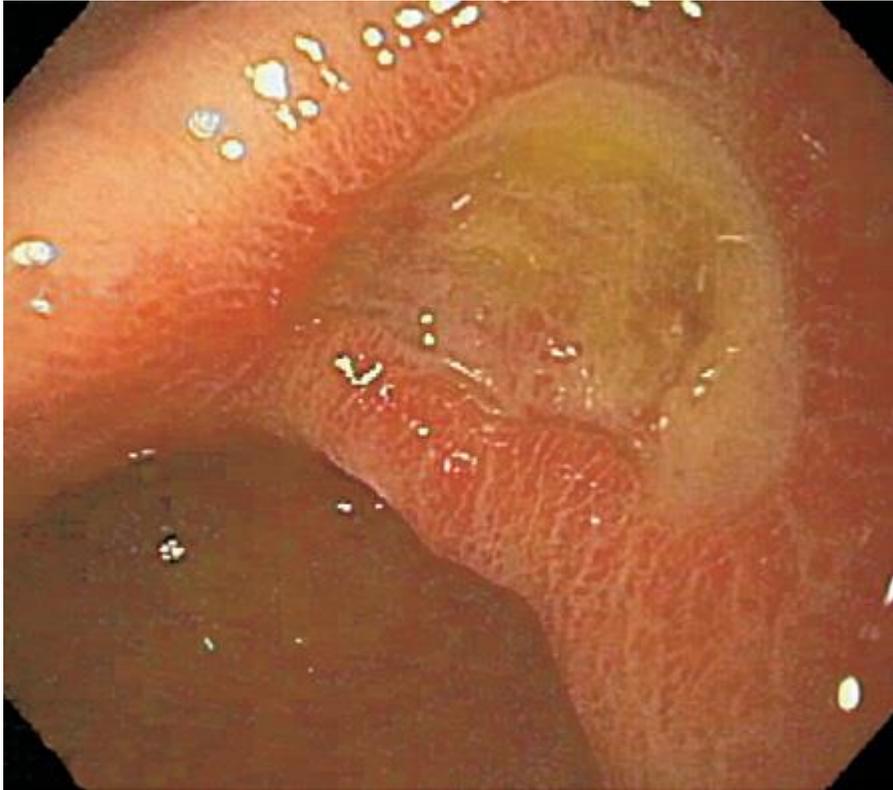
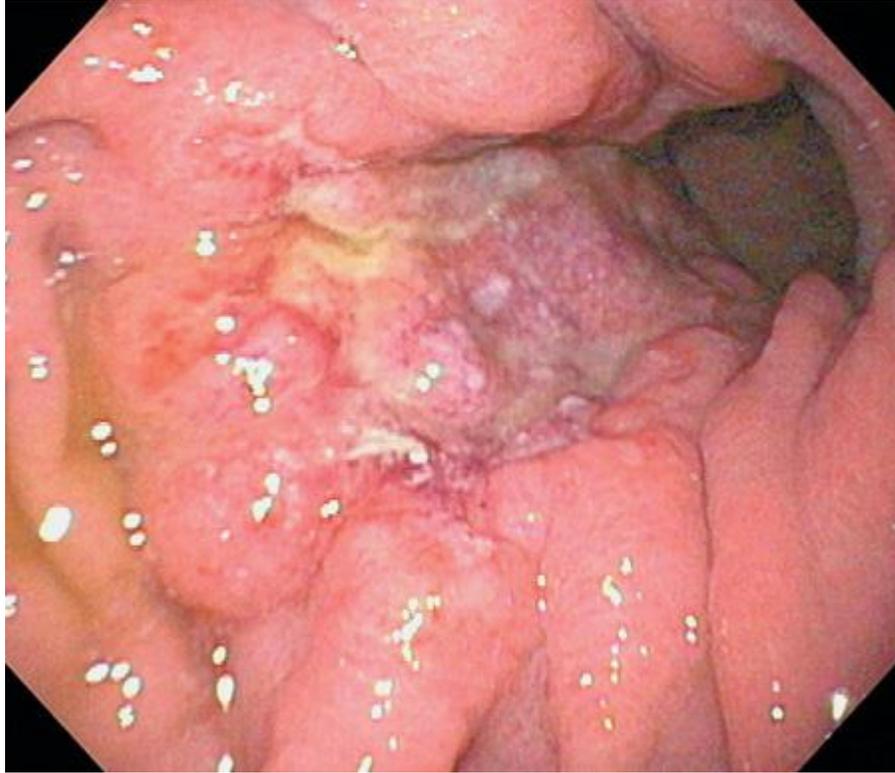


IMAGEN: ULCERA GÁSTRICA BENIGNA

*Fuente: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL,
Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición³.*



**IMAGEN: ULCERA GÁSTRICA MALIGNA QUE AFECTA LA
CURVATURA MAYOR DEL ESTÓMAGO**

*Fuente: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL,
Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición³.*

2.2.1.5 RIESGOS DE LA ENDOSCOPIA¹²

Todas las técnicas endoscópicas conllevan algún riesgo de hemorragia y perforación gastrointestinal. Estos riesgos son bastantes bajos en la endoscopia superior y la colonoscopia diagnósticas (<1: 1000 procedimientos), aunque el riesgo llega a ser tan alto como 2:100 cuando se realizan intervenciones terapéuticas como polipectomía, control de una hemorragia o dilatación de una estenosis. La

hemorragia y la perforación son raras con el sigmoidoscopio flexible. Los riesgos de la ecografía endoscópica (sin aspiración con aguja) diagnóstica son similares a los de la endoscopia superior diagnóstica.¹⁷

Las complicaciones infecciosas son raras en la mayor parte de las técnicas endoscópicas. No obstante, algunos procedimientos suponen una mayor frecuencia de bacteriemia posterior a la técnica, por lo que puede estar indicado utilizar antibióticos profilácticos en algunos pacientes después de estas intervenciones.

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) conlleva riesgos adicionales. En alrededor de 5% de los sujetos a quienes se practica ERCP ocurre pancreatitis y esta complicación se presenta en 25% de los pacientes con disfunción del esfínter de Oddi. Están expuestos a mayor riesgo los sujetos anictéricos jóvenes con conductos normales. La pancreatitis pos-ERCP suele ser leve y de evolución limitada, aunque ocasionalmente motiva hospitalización prolongada con necesidad o no de intervención quirúrgica, diabetes o incluso la muerte. Se producen hemorragias en 1 % de las esfinterotomías endoscópicas. Como consecuencia de la ERCP se pueden producir también colangitis ascendente, infecciones de pseudoquistes y perforación retroperitoneal con formación de un absceso.

La sedación consciente administrada durante la endoscopia puede provocar depresión respiratoria o reacciones alérgicas. La colocación de un tubo percutáneo de gastrotomía durante una EGD conlleva una frecuencia de complicaciones de 10 a 15%, gran parte de ellas en la forma de infecciones de la herida. Otras posibles complicaciones de la

¹⁷ WK Hirota et al: Guidelines for antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. *Gastrointest Endosc.* HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición 58(4);475, 2003;

colocación de un tubo de gastrostomía son fasciítis, neumonía, hemorragias y lesiones del colon.

2.2.1.6 ENDOSCOPIAS DE URGENCIA¹²

a) HEMORRAGIA DIGESTIVA AGUDA

La endoscopia es una importante técnica diagnóstica y terapéutica para los pacientes con hemorragia digestiva aguda. Aunque la mayoría de las veces ésta cede de manera espontánea, una minoría de pacientes presentan hemorragias persistentes o recurrentes que pueden llegar a suponer una amenaza para la vida. Los factores clínicos predictivos de la hemorragia repetitiva ayudan a identificar a los pacientes con más probabilidades de beneficiarse de una endoscopia urgente y de la realización de hemostasia por vía endoscópica, angiográfica o quirúrgica.

Evaluación inicial

La evaluación inicial del paciente que sangra se centra en la magnitud de la hemorragia, reflejada por las constantes vitales posturales, la frecuencia de la hematemesis o la melena y, en algunos casos, los resultados del lavado nasogástrico. Los decrementos del hematocrito y la hemoglobina tardan en modificarse en la evolución clínica y pueden no resultar fiables para valorar la magnitud de la hemorragia aguda. Esta evaluación inicial, completada bastante antes de que se haya identificado con exactitud el origen de la hemorragia inicial es quizá el indicador más importante de endoscopia de urgencia, ya que una hemorragia inicial masiva incrementa las

probabilidades de que sea persistente o recurrente. Los pacientes con hipotensión en reposo, hematemesis repetidas, aspirados nasogástricos que no se aclaran después de lavados repetidos o que precisan transfusión de sangre son los candidatos para realizar una endoscopia de urgencia. Además, los pacientes con cirrosis, coagulopatías o insuficiencia respiratoria o renal y los de más de 70 años de edad, tienen más probabilidades de presentar hemorragia repetitiva significativa.

Los datos de la evaluación directa del enfermo también sugieren que en muchos pacientes la hemorragia proviene de la porción alta o baja del aparato gastrointestinal. Más de 90% de los individuos con melena sufren la pérdida hemática en un punto proximal al ligamento de Treitz y alrededor de 90% de los sujetos con hematoquecia sangran en algún punto del colon. La melena puede ser consecuencia de hemorragia en el yeyunoíleon o el hemicolon derecho, especialmente en ancianos con lentitud del tránsito por el colon. Por el contrario, algunos individuos con hematoquecia masiva por el colon. Por el contrario, algunos individuos con hematoquecia masiva sangran de la porción superior del aparato gastrointestinal como una lesión gástrica de Dieulafoy o una úlcera duodenal y su tránsito intestinal es rápido. En estos pacientes se debe considerar la posibilidad de realizar endoscopia temprana de la porción superior.

La endoscopia se debe llevar a cabo después de que el paciente esté estabilizado y se hayan administrado líquidos intravenosos o transfusiones en función de las necesidades. También se tratan las coagulopatías internas o la trombocitopenia antes de

llevar a cabo la endoscopia, ya que la corrección de estos trastornos puede conseguir la resolución de la hemorragia y las técnicas disponibles de hemostasia endoscópica son limitadas en este tipo de pacientes. Asimismo es necesario prestar atención a las alteraciones metabólicas.

Se debe considerar la posibilidad de llevar a cabo una intubación traqueal para proteger las vías respiratorias antes de realizar una endoscopia superior en pacientes con hematemesis repetidas y en los que se sospechan várices esofágicas.

En la mayoría de los pacientes con hematoquecias severas es posible realizar colonoscopia después de administrar una purga rápida del colon con solución de polietilenglicol; el líquido de preparación muchas veces se administra a través de la sonda nasogástrica.

La colonoscopia logra un mayor índice de confirmación diagnóstica que la angiografía en casos de hemorragia de la porción inferior del aparato gastrointestinal y en algunas situaciones es adecuado el tratamiento a través del endoscopio. En una minoría de casos, una hemorragia persistente y la inestabilidad hemodinámica recurrente impiden visualizar a través del endoscopio la mucosa del colon y es necesario utilizar otras técnicas (como gammagrafías para detectar hemorragias, angiografías o incluso una colectomía subtotal de urgencia). En estos pacientes es preciso descartar la hemorragia masiva originada en la parte alta del aparato digestivo por medio del examen endoscópico de este segmento. Las mucosas anal y rectal deben visualizarse por medios endoscópicos en las

primeras etapas de la rectorragia masiva ya que es posible identificar lesiones sangrantes en el conducto anal o cerca del mismo y a menudo son susceptibles de tratamiento por medio de técnicas hemostáticas transanales endoscópicas o quirúrgicas.

b) ÚLCERA PÉPTICA

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

El tratamiento endoscópico de las úlceras con estigmas de riesgo elevado típicamente reduce la tasa de recidiva de la hemorragia a 5 a 10%. Se dispone de diversas técnicas hemostáticas, como la inyección de adrenalina o de un medicamento esclerosante en el vaso o alrededor del mismo, “coagulación por coaptación” del vaso en la base de la úlcera utilizando una sonda térmica que se presiona sobre el sitio de la hemorragia, aplicación de grapas hemostáticas o una combinación de estas modalidades. El tratamiento con un inhibidor de la bomba de protones también disminuye el riesgo de hemorragia recidivante y se administrará en pacientes con estigmas endoscópicos de hemorragia reciente.

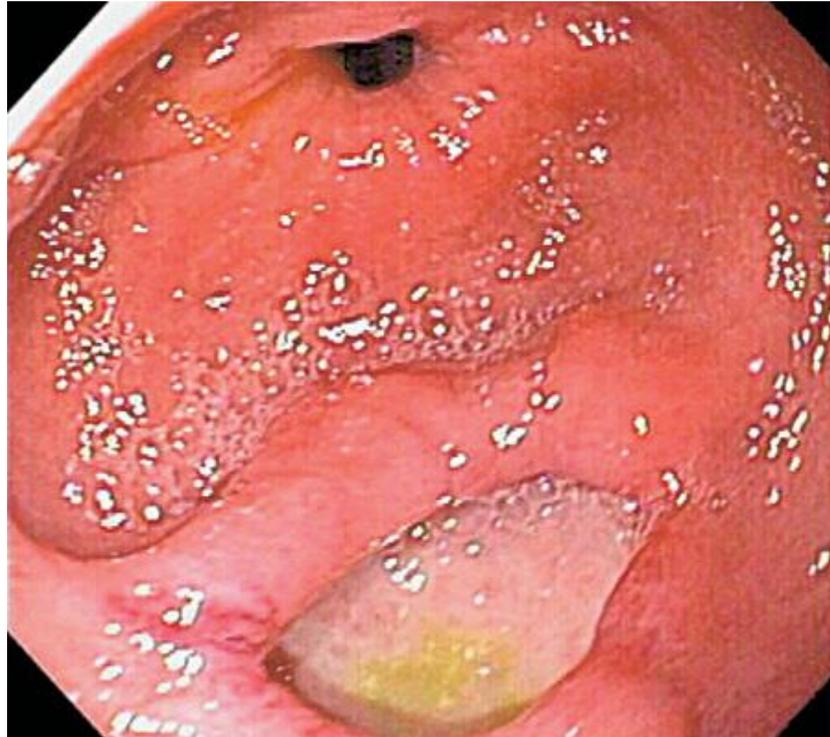


IMAGEN: ÚLCERA EN EL ANTRO GÁSTRICO CON BASE LIMPIA

*Fuente: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL,
Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición³.*



**IMAGEN: ÚLCERA GÁSTRICA CON UNA PROTUBERANCIA
PIGMENTADA/VASO VISIBLE**

*Fuente: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL,
Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición³.*

c) ECTASIAS VASCULARES

Estás son anomalías vasculares mucosas planas que se diagnostican mejor por medio de endoscopia. Por lo general producen sangrado intestinal lento y tienen diversas distribuciones características en el tubo digestivo. Las ectasias vasculares del ciego (lesiones seniles), las ectasias vasculares del antro gástrico (“estómago de sandía”) y las ectasias rectales provocadas por la radiación a menudo responden a la ablación endoscópica local, por ejemplo la coagulación de plasma con

argón. Los pacientes con ectasia vascular difusa del intestino delgado (asociada a insuficiencia renal crónica y telangiectasia hemorrágica hereditaria) pueden seguir sangrando pese al tratamiento endoscópico de lesiones fácilmente accesibles por medio de endoscopia estándar. En estos pacientes es de utilidad la enteroscopia con globo doble más tratamiento endoscópico, farmacoterapia con octreótido o tratamiento con estrógeno/progesterona o enteroscopia transoperatoria.

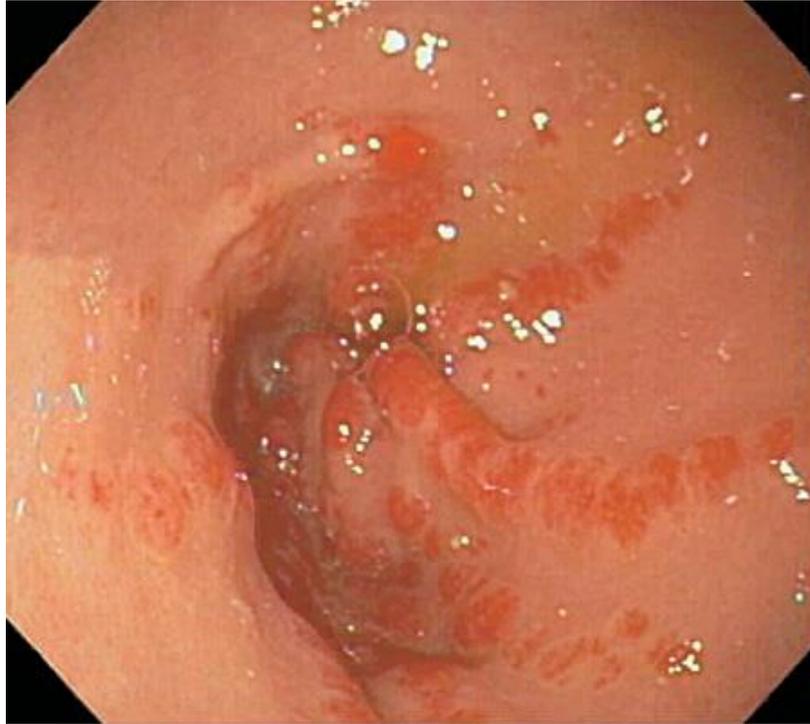


IMAGEN: ECTASIAS VASCULARES EN EL ANTRO GÁSTRICO O “ESTÓMAGO EN SANDÍA”, QUE SE CARACTERIZA POR PLACAS ANGIECTÁSICAS ROJAS PLANAS O ELEVADAS NOTABLES QUE IRRADIAN EN FORMA DE RAYO DE RUEDA DESDE EL PÍLORO HASTA EL ANTRO.

Fuente: Fuente: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición³.

d) OBSTRUCCIÓN DEL ORIFICIO DE SALIDA GÁSTRICO

La obstrucción del orificio de salida gástrico suele ser causada por tumores malignos del antro gástrico prepilórico o por una úlcera péptica crónica con estenosis pilórica. Los pacientes vomitan alimento parcialmente digerido muchas horas después de haber comido. La descompresión gástrica con una sonda nasogástrica y el posterior lavado para extraer el material retenido es el primer paso del tratamiento. Entonces si se desea, se puede confirmar el diagnóstico con una prueba de sobrecarga salina. La endoscopia es útil con fines tanto diagnósticos como terapéuticos. Los pacientes con estenosis pilórica se pueden tratar por medio de un balón de dilatación endoscópico del píloro, técnica que produce alivio de los síntomas a largo plazo en alrededor de 50% de los pacientes. La obstrucción pilórica maligna puede paliarse con endoprótesis expansibles colocadas por vía endoscópica en un paciente con un cáncer inoperable.

2.2.1.7 ENDOSCOPIA PROGRAMADA¹²

a) DISPEPSIA O REFLUJO

La dispepsia es una molestia urente en el abdomen superior que puede ser provocada por diversos procesos como reflujo gastroesofágico, úlcera péptica y “dispepsia no ulcerosa”, una categoría heterogénea en la que se incluyen trastornos de la motilidad, la sensibilidad y la somatización. Las enfermedades malignas del estómago y el esófago son causas poco frecuentes de dispepsia. Una anamnesis cuidadosa permite realizar un diagnóstico diferencial exacto de dispepsia solo a la mitad de

los pacientes. En el resto, la endoscopia puede ser un instrumento diagnóstico útil, en especial en los pacientes cuyos síntomas no se alivian con tratamiento sintomático empírico.

b) ÚLCERA PÉPTICA

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

c) DISPEPSIA NO ULCEROSA

La dispepsia no ulcerosa se acompaña de meteorismo y, a diferencia de la úlcera péptica, por lo general no remite y experimenta recidivas. La mayoría de los pacientes obtienen poco alivio con el tratamiento acidorreductor, procinético o contra *Helicobacter* y es típico que se remitan para examen

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

endoscópico a fin de descartar una úlcera resistente y valorar otras causas. Si bien la endoscopia es de utilidad para excluir otros diagnósticos, es limitada su repercusión en el tratamiento de los enfermos con dispepsia no ulcerosa.

CAPITULO III

VARIABLES Y DEFINICIONES

OPERACIONALES

3.1 Operacionalización de las variables

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
EDAD	Grupo etario	<ol style="list-style-type: none"> 1. 14 - 28 años. 2. 29 - 43 años. 3. 44 - 58 años. 4. 59 - 73 años. 5. > 73 años. 	Intervalo
Sexo	Género	<ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino 	Nominal
Estado Civil	Estado civil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Conviviente 	Nominal
Ocupación	Actividad económica principal del paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ama de Casa 2. Agricultor 3. Comerciante 4. Profesor 5. Transportista 6. Obrero 7. Estudiante 8. Ingeniero 9. Mecánico 10. Profesional de salud 11. Jubilado 12. Desempleado 13. Otros 	Nominal

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

Procedencia	Distritos de la ciudad de Tacna	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tacna 2. Alto del alianza 3. Ciudad nueva 4. Gregorio Albarracín 5. Pocollay 6. Otros 	Nominal
Biopsia gástrica	Reporte de biopsia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gastritis 2. Helicobácter pylori 3. Úlcera gástrica 4. Cáncer gástrico 5. Otros 	Ordinal
Síntomas y signos	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dolor en epigastrio tipo urente 2. Ardor retroesternal 3. Saciedad temprana 4. Distensión abdominal postprandial 5. Flatulencias 6. Náuseas 7. Vómitos 8. Eructos 9. Regurgitación 10. Hematemesis 11. Melena 12. Otros 	Nominal
Endoscopia Gástrica	Reporte endoscópico	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gastritis 2. Pólipo gástrico 3. Úlcera gástrica 4. Cáncer gástrico 5. Otros 	ordinal

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

Mes	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enero 2. Febrero 3. Marzo 4. Abril 5. Mayo 6. Junio 7. Julio 8. Agosto 9. Setiembre 10. Octubre 11. Noviembre 12. Diciembre 	Nominal
Tiempo de enfermedad	Historia clínica	<ol style="list-style-type: none"> 1. 1 – 6 días 2. 7 – 14 días 3. 15 días a un mes 4. > 1 mes – 2 meses 5. > 2 meses – 3 meses 6. > 3 meses – 1 año 7. > 1 año 	Intervalo

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

CAPITULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 Diseño

Es un estudio retrospectivo transversal descriptivo y analítico

4.2 Ámbito de estudio

Servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de Tacna.

El Hospital de Apoyo "Hipólito Unanue" de Tacna fue construido en el transcurso del gobierno del Presidente Manuel A. Odría; oficialmente fue inaugurado el 28 de agosto de 1954, e inició sus funciones al servicio de salud de nuestro Pueblo el 18 de abril de 1955, dirigido por el Dr. Antonio García Erazo.¹⁸

4.3 Población y muestra.

4.3.1 población:

Pacientes a los que se les realizó endoscopia de la mucosa gástrica por diversas molestias digestivas altas, en el hospital Hipólito Unanue de Tacna del primero de enero del 2011 hasta el 31 de diciembre del 2011; hallándose 368 historias clínicas en su totalidad.

¹⁸ Pagina web de la Direccion Regional de Salud Tacna.
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=resena-historica>

4.3.2 muestra

El tamaño muestral fue calculado probabilísticamente, utilizando un intervalo de confianza del 95% y máximo error aceptable del 5%, se utilizo el muestreo aleatorio simple mediante la siguiente formula.

$$n = \frac{N z^2 p (1 - p)}{d^2 (N - 1) + z^2 p (1 - p)}$$

Valores: N = Población general (368)
 Z = 1.96
 p = Peor prevalencia esperada (0.5)
 d = Error muestral, igual a 0.05
 n = Tamaño muestral (180 pacientes)

4.3.3 Criterios de Inclusión

- ✚ Pacientes con endoscopías programadas realizadas en el servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna en el año 2011.
- ✚ Pacientes con endoscopías no programadas provenientes del servicio de emergencia realizada en el servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de la ciudad de Tacna.
- ✚ Pacientes de ambos sexos mayores o igual a 14 años a los que se les haya realizado endoscopia gástrica en el servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2011.

4.3.4 Criterios de Exclusión

- ✚ Pacientes que se realizaron endoscopías altas, con patologías diferentes a las gástricas como por ejemplo varices esofágicas, ulcera duodenal.
- ✚ Pacientes provenientes de otras ciudades, diferentes al departamento de Tacna
- ✚ Pacientes menores de 14 años

4.4 Instrumentos de Recolección de datos.

Previo a la etapa de recolección de datos, se coordinó con la dirección del hospital Hipólito Unanue de Tacna, la autorización respectiva para poder acceder a la información de las historias clínicas que se requería para el desarrollo del presente estudio.

Al principio se procedió a buscar los pacientes con patologías gástricas que se sometieron al procedimiento de endoscopia gástrica en el libro de registros de archivo de historias clínicas en el cual no se contaba con la información como tal, encontrándose historias clínicas de patologías gástricas dentro de lo que son patologías gastrointestinales sin especificar si se les había realizado el procedimiento de endoscopia digestiva alta generando un aproximado de 25 000 historias clínicas, motivo por el cual se tuvo que solicitar otro permiso para acceder al libro de registro de los pacientes que se sometieron al procedimiento de endoscopia en el servicio de gastroenterología donde solo presentaban apuntes del procedimiento de endoscopia que se realizaron los pacientes a partir del año 2011. Con la información consignada en la ficha de recolección de datos de los pacientes considerados en el estudio se elaboró una base de datos.

4.5 Procedimientos de análisis de datos

Para la realización del estudio se utilizaron los siguientes programas:

- Microsoft Office - Word: Procesador de texto.
- Microsoft Office - Excel: Captura de base de datos, diseño de tablas y gráficos.
- SPSS V15.0: Análisis estadístico de base de datos, creación de tablas y gráficos.

Para el procesamiento de los datos obtenidos, se procedió a revisar cuidadosamente cada uno de los instrumentos de recolección de datos, evaluando el llenado completo y entendible del mismo, para luego crear una base de datos digital en una hoja de cálculo del programa Microsoft Office - Excel, de donde se obtuvieron las distribuciones y asociaciones entre las variables según indican los objetivos.

Para el análisis estadístico de la base de datos se utilizó el programa SPSS V15.0, mediante el cual se etiquetó cada una de las variables y se agregaron los distintos valores para cada una de las mismas.

Para la presentación de los resultados obtenidos, se elaboraron tablas de frecuencias y tablas de contingencia con valores absolutos, según las variables descritas. Finalmente, los resultados son presentados en el programa Microsoft Office – Word.

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

CAPITULO V

RESULTADOS

TABLA N° 01

***FRECUENCIA DE ENDOSCOPIAS SEGÚN MESES DEL AÑO EN EL
SERVICIO DE GASTROENTEROLOGIA DEL HOSPITAL HIPOLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.***

		n	%
MES	ENERO	31	17.2%
	FEBRERO	13	7.2%
	MARZO	14	7.8%
	ABRIL	15	8.3%
	MAYO	12	6.7%
	JUNIO	19	10.6%
	JULIO	13	7.2%
	AGOSTO	12	6.7%
	SETIEMBRE	15	8.3%
	OCTUBRE	15	8.3%
	NOVIEMBRE	15	8.3%
	DICIEMBRE	6	3.3%
	Total	180	100.0%

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

La tabla N° 1 nos muestra la frecuencia de endoscopías por mes, donde la mayor frecuencia se dio en el mes de enero con 17.32%, seguido del mes de junio con 10.6%.

El promedio de pacientes que se realizaron endoscopia en el año 2011 de acuerdo a nuestra población es de 15 pacientes por mes (8.3%)

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

TABLA N° 02

***DISTRIBUCIÓN DE PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS REALIZADOS,
SEGUN GRUPO ETARIO, ESTADO CIVIL, OCUPACIÓN RELACIONADO
CON SEXO EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011***

		SEXO					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		n	%	n	%	n	%
GRUPO ETARIO	14 - 28	12	18.2%	18	15.8%	30	16,7%
	29 - 43	22	33.3%	26	22.8%	48	26,7%
	44 - 58	16	24.2%	39	34.2%	55	30.6%
	59 - 73	14	21.2%	21	18.4%	35	19.4%
	> 73	2	3.0%	10	8.8%	12	6.7%
	Total	66	100.0%	114	100.0%	180	100.0%
ESTADO CIVIL	SOLTERO	24	36.4%	28	24.6%	52	28.9%
	CASADO	21	31.8%	45	39.5%	66	36.7%
	DIVORCIADO	1	1.5%	1	0.9%	2	1.1%
	VIUDO	3	4.5%	9	7.9%	12	6.7%
	CONVIVIENTE	17	25.8%	31	27.2%	48	26.7%
	Total	66	100.0%	114	100.0%	180	100.0%
OCUPACIÓN	AMA DE CASA	1	1.5%	70	61.4%	71	39.4%
	AGRICULTOR	5	7.6%	0	0.0%	5	2.8%
	COMERCIANTE	15	22.7%	12	10.5%	27	15.0%
	PROFESOR	3	4.5%	1	0.9%	4	2.2%
	TRANSPORTISTA	3	4.5%	0	0.0%	3	1.7%
	OBRAERO	4	6.1%	0	0.0%	4	2.2%
	ESTUDIANTE	8	12.1%	12	10.5%	20	11.1%
	INGENIERO	2	3.0%	0	0.0%	2	1.1%
	MECÁNICO	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
	PROFESIONAL DE SALUD	0	0.0%	3	2.6%	3	1.7%
	JUBILADO	5	7.6%	1	0.9%	6	3.3%
	DESEMPLEADO	3	4.5%	2	1.8%	5	2.8%
	OTROS	17	25.8%	13	11.4%	30	16.7%
	Total	66	100.0%	114	100.0%	180	100.0%

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

La tabla N° 2 nos muestra la distribución de procedimientos endoscópicos según sexo, grupo etario, estado civil y ocupación. El mayor porcentaje de nuestra población estudiada corresponde al grupo etario comprendido en el rango de 44 a 58 años con un 30.6%.

El 33.3% del total del sexo masculino representa a los pacientes que se les realizó endoscopia cuyas edades están comprendidas entre 29 y 43 años, seguida de los pacientes de 44 a 58 años con un 24.2%. En el sexo femenino el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que se realizaron endoscopia con edades entre 44 a 58 años, a los que les corresponde el (34.2%). Seguido de los pacientes de 29 a 43 años con un 22.8%. El promedio de la edad de nuestra población estudiada en general es de 46.56 años, el promedio de edad de varones que se realizaron el procedimiento de endoscopia es de 41,38 años y el de mujeres es de 50,6 años.

Seguidamente se observa la distribución de procedimientos endoscópicos según estado civil y sexo. El 36.4% del total del sexo masculino representa a los pacientes que se les realizó endoscopia, cuyo estado civil es el de soltero, seguido de los pacientes cuyo estado civil es de casado con un 31.8%. En el sexo femenino el mayor porcentaje corresponde del mismo modo a los pacientes que se les realizó endoscopia cuyo estado civil es el de casada (39.5%), seguido de los pacientes cuyo estado civil es de conviviente que representan un 27.2%.

Por último se observa la distribución de procedimientos endoscópicos según ocupación y sexo. El 22.7% del total del sexo masculino representa a los pacientes que se les realizó endoscopia, cuya ocupación es de comerciantes, seguido de los pacientes cuya ocupación es de estudiante que representa un 12.1%. En el sexo femenino el mayor porcentaje corresponde a los pacientes que se les realizó endoscopia cuya ocupación es la de ama de casa (61.4%), seguido de los pacientes cuya ocupación es de comerciante, en igualdad con los pacientes cuya ocupación es de estudiante con un 10.5% respectivamente.

TABLA N° 03

***LUGAR DE PROCEDENCIA SEGÚN SEXO EN LOS PACIENTES A LOS QUE
SE LES REALIZÓ ENDOSCOPIA EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL AÑO 2011***

		SEXO					
		MASCULINO		FEMENINO		Total	
		n	%	n	%	n	%
LUGAR DE PROCEDENCIA	TACNA	26	39.4%	51	44.7%	77	42.8%
	ALTO DEL ALIANZA	10	15.2%	12	10.5%	22	12.2%
	CIUDAD NUEVA	9	13.6%	17	14.9%	26	14.4%
	GREGORIO ALBARRACÍN	14	21.2%	28	24.6%	42	23.3%
	POCOLLAY	3	4.5%	2	1.8%	5	2.8%
	OTROS	4	6.1%	4	3.5%	8	4.4%
	Total	66	100.0%	114	100.0%	180	100.0%

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

La tabla N° 3 nos muestra la distribución de procedimientos endoscópicos según lugar de procedencia y sexo. El 39.4% del total del sexo masculino representa a los pacientes que se les realizó endoscopia cuyo lugar de procedencia es el distrito de Tacna, seguido de los pacientes cuyo lugar de procedencia es el distrito de Gregorio Albarracín con un 21.2%. En el sexo femenino el mayor porcentaje corresponde, del mismo modo, a los pacientes que se les realizó endoscopia cuyo lugar de procedencia es el distrito de Tacna con un 44.7%, seguido de un 24.6% que representa a las pacientes cuyo lugar de procedencia es el distrito de Gregorio Albarracín.

TABLA N° 04

***TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES QUE SE REALIZARON
ENDOSCOPIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011***

		n	%
TIEMPO DE ENFERMEDAD	1-6 DIAS	19	10.6%
	7-14 DIAS	19	10.6%
	15 DIAS A UN MES	22	12.2%
	> 1 MES - 2 MESES	12	6.7%
	> 2 MESES - 3 MESES	26	14.4%
	> 3 MESES - 1 AÑO	49	27.2%
	> DE UN AÑO	33	18.3%
	Total	180	100.0%

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

La tabla N° 4 nos muestra la distribución de los pacientes a los que se les realizó endoscopia según el tiempo de enfermedad del paciente. Donde se aprecia que el 27.2% de los pacientes que se realizaron endoscopia tienen un tiempo de enfermedad > 3 meses a 1 año, seguido por los pacientes con un tiempo de enfermedad > a un año que representan el 18.3%.

TABLA 05

***SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LOS PACIENTES QUE SE REALIZARON
ENDOSCOPIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011***

		n	%	
SIGNOS Y SÍNTOMAS	ARDOR RETROESTERNAL	SI	153	85.0%
		Total	180	100.0%
	DOLOR EN EPIGASTRIO TIPO URENTE	SI	147	81.7%
		Total	180	100.0%
	NÁUSEAS	SI	74	41.1%%
		Total	180	100.0%
	ERUCTOS	SI	45	25.0%
		Total	180	100.0%
	DISTENSIÓN ABDOMINAL POSTPRANDIAL	SI	44	24.4%
		Total	180	100.0%
	FLATULENCIAS	SI	36	20.0%
		Total	180	100.0%
	VÓMITOS	SI	19	10.6%
		Total	180	100.0%
	REGURGITACIÓN	SI	18	10.0%
		Total	180	100.0%
	SACIEDAD TEMPRANA	SI	17	9.4%
		Total	180	100.0%
	MELENA	SI	16	8.9%
		Total	180	100.0%
HEMATEMESIS	SI	7	3.9%	
	Total	180	100.0%	
OTROS	SI	33	18.3%	
	Total	180	100.0%	

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

La tabla N° 5 nos muestra la distribución de los pacientes a los que se les realizo endoscopia según los signos y síntomas que presentaron. Donde se aprecia que el 85% del total de pacientes a los que se les realizó endoscopia presentan el síntoma de ardor retroesternal seguido por los pacientes que presentan el dolor en epigastrio tipo urente que representan el 81.7% del total de pacientes sometidos a endoscopia, el 41.1% del total de pacientes lo ocupan los que presentan síntoma de náuseas.

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

TABLA N° 06

***DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS DE LOS PACIENTES QUE SE
REALIZARON ENDOSCOPIAS EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL AÑO 2011***

		N	%
DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	GASTRITIS ERITEMATOSA MODERADA	36	17.91%
	GASTRITIS SUPERFICIAL LEVE	36	17.91%
	GASTRITIS EROSIVA ANTRAL	28	13.93%
	GASTRITIS ERITEMATOSA LEVE	26	12.93%
	GASTRITIS NODULAR	16	7.96%
	GASTROPATÍA ERITEMATOSA	9	4.47%
	GASTRITIS EROSIVA MODERADA	7	3.48%
	ÚLCERA GÁSTRICA FORREST III	5	2.48%
	GASTRITIS ERITEMATOSA EN FONDO	4	1.99%
	GASTRITIS EROSIVA SEVERA	4	1.99%
	GASTRITIS EROSIVA EN FONDO	3	1.49%
	GASTRITIS ERITEMATOSA ANTRAL	3	1.49%
	GASTRITIS EROSIVA LEVE	2	0.99%
	GASTRITIS SUPERFICIAL MODERADA	2	0.99%
	YAMADA I GÁSTRICO	2	0.99%
	GASTRITIS ERITEMATOSA EROSIVA	2	0.99%
	GASTRITIS SUPERFICIAL SEVERA	1	0.49%
	CÁNCER GÁSTRICO BORMANN II	1	0.49%
	ÚLCERA PILÓRICA	1	0.49%
	GASTRITIS ATRÓFICA	1	0.49%
	COÁGULO EN FONDO GÁSTRICO	1	0.49%
	COMPRESIÓN EXTRÍNSECA EN FONDO GÁSTRICO	1	0.49%
	GASTRITIS QUÍMICA	1	0.49%
	HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA ACTIVA	1	0.49%
	GASTRITIS HEMORRÁGICA	1	0.49%
	CÁNCER GÁSTRICO BORRMAN IV	1	0.49%
	CÁNCER GÁSTRICO BORRMAN III	1	0.49%
	OBSTRUCCIÓN PARCIAL DEL PILORO	1	0.49%
	PANGASTRITIS	1	0.49%
	ÚLCERA GÁSTRICA FORREST 2B	1	0.49%
GASTRITIS ERITEMATOSA SEVERA	1	0.49%	
VÁRICES GÁSTRICAS	1	0.49%	
Total	201	100	

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

La tabla N° 6 nos muestra la distribución de los pacientes a los que se les realizó endoscopías según los diagnósticos encontrados. Se aprecia que de el total de los pacientes a los que se realizó endoscopia se encontraron dos diagnósticos (gastritis superficial leve y gastritis eritematosa moderada) con el 17.91% respectivamente seguido por los pacientes a los que se les encontró el diagnóstico de gastritis erosiva antral que representan el 13.93% del total de pacientes, el 12.93% del total de pacientes lo ocupan los que presentan el diagnóstico de gastritis eritematosa leve.

TABLA 07

***BIOPSIAS TOMADAS DE LOS PACIENTES QUE SE REALIZARON
ENDOSCOPIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011***

		n	%
BIOPSIAS	NO	48	26.7%
	SI	132	73.3%
	Total	180	100.0%

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

La tabla N° 7 nos muestra la distribución de los pacientes a los que se les realizó endoscopías según las muestras de biopsias tomadas. Se aprecia que el 73.3% del total de pacientes a los que se les realizó endoscopias también se les realizó biopsia endoscópica.

TABLA 08

***DIAGNÓSTICOS DE BIOPSIAS DE LOS PACIENTES QUE SE REALIZARON
ENDOSCOPIA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA***

		n	%
DIAGNÓSTICO DE BIOPSIAS	GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL ACTIVA	50	36.23%
	GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL DE TIPO FOLICULAR	24	17.39%
	GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL DE TIPO NODULAR	19	13.76%
	GASTRITIS CRÓNICA MODERADA	15	10.86%
	GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL ATROFICA	12	8.69%
	GASTRITIS ATRÓFICA CON METAPLASIA	8	5.79%
	GASTRITIS CONGESTIVA CON HIPERPLASIA	5	3.78%
	GASTRITIS CRÓNICA CON HIPERPLASIA REACTIVA DEL EPITELIO FOVEOLAR	3	2.17%
	FRAGMENTOS DE GANGLIO LINFÁTICO CON METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA MUCINOSO MODERADAMENTE DIFERENCIADO	1	0.72%
	GASTRITIS CRÓNICA SUPERFICIAL CON FOCOS DE METAPLASIA INCOMPLETA	1	0.72%
	TOTAL	138	100%

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

La tabla N° 8 nos muestra la distribución de los pacientes a los que se les realizó endoscopías y se obtuvo una muestra de biopsia, donde se aprecia que del total de pacientes que se les realizó endoscopia y biopsia el 36.23% muestra como diagnóstico de biopsia gastritis crónica superficial activa, seguido por los pacientes que presentan como diagnóstico de la biopsia gastritis crónica superficial de tipo folicular que representa el 17.39%.

TABLA 09

***HALLAZGO DE HELICOBÁCTER PYLORI EN LOS PACIENTES A LOS QUE
SE LES TOMO MUESTRA DE BIOPSIA EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA
EN EL AÑO 2011***

		n	%
Helicobácter pylori	NO	42	31.81%
	SI	90	68.18%
	Total	132	100.0%

Fuente: Historias clínicas del hospital Hipólito Unanue Tacna 2011

La tabla N° 9 nos muestra la distribución de los pacientes a los que se les realizo biopsia donde se observa que en el 68.18% de las muestras de biopsia analizadas se encontró la presencia de Helicobácter pylori.

DISCUSIÓN

El uso de los videoendoscopios en el diagnóstico de las enfermedades del tracto digestivo superior ha dado indiscutibles avances; en la actualidad la endoscopia alta es el examen auxiliar de elección en relación a la radiología en el estudio del estómago, por la gran mayoría de especialistas, por su demostrada sensibilidad y especificidad, comparado con los métodos radiológicos, alcanzando tasas de positividad diagnóstica entre el 85 a 92%; además por que en comparación con estos es de menor costo, por lo que esta al alcance de mayor cantidad de pacientes. Por otro lado cabe resaltar el gran avance en el uso terapéutico, en la extracción endoscópica de pólipos gástricos, inyección de sustancias, entre ellas la epinefrina, para detener el sangrado de úlcera péptica con un gran porcentaje de efectividad.¹⁵

En el presente trabajo se ha realizado el estudio retrospectivo de diversos diagnósticos endoscópicos y los hallazgos histológicos de las muestras de la mucosa gástrica biopsiadas endoscópicamente en los pacientes que acudieron al servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2011, con la intención de determinar las características clínica epidemiológicas y variaciones reportadas en dicha población.

Según los resultados obtenidos de nuestra investigación:

En la primera tabla se muestra frecuencia de endoscopías según meses del año. Donde se aprecia que la mayor frecuencia se dió en el mes de enero con 17.32%, seguido del mes de junio con 10.6%. La variable expresada no es contrastable con nuestros antecedentes de la investigación, por no ser consideradas en ninguno de dichos estudios.

Con respecto a las características epidemiológicas de nuestra población (tabla N° 2) se encontró que el 36.66% de la población estudiada, corresponde a población del sexo masculino, y el 63,34% corresponde a población del sexo femenino,

representando la mayor parte de la población. Esto es visto de igual modo en el estudio realizado por Torres Silva Elder y colaboradores. Endoscopías digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Médica Cayetano Heredia¹, donde el 47.36 fueron varones y el 52.64% corresponde al sexo femenino. De la misma manera también es visto en el estudio realizado por Fernández Mendoza y colaboradores. Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en el centro de diagnóstico Integral Yagua 2007⁸, donde el 41,16% es del sexo masculino y el 58,84% es del sexo femenino. Por otro lado difiere con el estudio realizado por Chacaltana Alfonso y colaboradores. Lesiones Endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con insuficiencia Renal Crónica. Revista de Gastroenterología del Perú⁹, donde el 59,25% fueron del sexo masculino y el 40,75% fueron del sexo femenino, siendo el sexo masculino la mayor parte de la población.

Si hacemos referencia a los más altos porcentajes en lo que respecta al grupo etario se encontró que el 30.6% corresponde al rango comprendido entre 44 – 58 años. Esto es visto de igual modo en el estudio realizado por Fernández y colaboradores⁸, donde el grupo etario predominante estuvo en el rango de 45 a 59 años.

El porcentaje de personas casadas que se sometieron a una endoscopia gástrica es de 36.7% seguido de las personas solteras con un 28.9%, la variable expresada no es contrastable con nuestros antecedentes de la investigación por no ser consideradas en ninguno de dichos estudios.

La ocupación que se encontró con mas frecuencia en los pacientes del sexo femenino que se realizaron endoscopia gástrica es la de ama de casa con un 61.4%, y la ocupación mas frecuente en el sexo masculino es el de comerciante (22.7%), seguido de la ocupación estudiante (12.1%), la variable expresada no es contrastable con nuestros antecedentes de la investigación por no ser consideradas en ninguno de dichos estudios.

Tacna fue el lugar de mayor procedencia de los pacientes que se realizaron endoscopia gástrica con un 42%, seguido del distrito de Gregorio Albarracín con un 23.3%, la variable expresada no es contrastable con nuestros antecedentes de la investigación por no ser considerada en ninguno de dichos estudios.

La cuarta tabla nos muestra el tiempo de enfermedad que padecieron los pacientes a los que se les realizó endoscopia gástrica. Siendo el de mayor frecuencia el que comprende el rango de > 3 meses – 1 año con un 27.2%, seguido de los pacientes que se encuentran en el rango de > 1 año con un 18.3%, la variable expresada no es contrastable con nuestros antecedentes de la investigación por no ser considerada en ninguno de dichos estudios.

La quinta tabla nos muestra los signos y síntomas de los pacientes a los que se les realizó endoscopia gástrica, siendo el síntoma de mayor frecuencia el dolor retroesternal tipo ardor con un 85% del total de los pacientes, seguido por el síntoma de dolor abdominal tipo urente con un 81.7%, y el 41.1% es representado por el síntoma de las náuseas. Esto es visto de igual modo en el estudio realizado por Bejarano Mónica. Correlación clínica en enfermedad gástrica diagnosticada por endoscopia. Revista colombiana de gastroenterología¹¹, donde los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron ardor o dolor epigástrico (77%), náuseas (55%) y cólico abdominal (45%), guardando relación con el presente trabajo en el síntoma de dolor epigástrico, como también lo describe la literatura mundial.

La sexta tabla nos muestra la frecuencia de diagnósticos endoscópicos. Siendo el diagnóstico con más frecuencia la gastritis con un 92.54%; otros diagnósticos tales como úlcera gástrica, cáncer gástrico, pólipos gástricos, etc, ocupan el 7,46%. Dentro de las gastritis los diagnósticos mas frecuentes fueron gastritis superficial leve y gastritis eritematosa moderada con un 17.91% respectivamente, seguido de gastritis erosiva antral con un 13.93%. Esto es visto de igual modo en el estudio realizado por

Torres y colaboradores¹, donde refieren que la gastritis fue el diagnóstico endoscópico mas frecuente (56.78%).

De la misma manera también es visto en el estudio realizado por Fernández y colaboradores⁸, quienes concluyen que la gastritis fue la patología de mayor diagnóstico endoscópico presente en algo más de la tercera parte de los pacientes que es un 33,62%.

En el 73.3% de los pacientes a los que se les realizó endoscopia gástrica, también se les realizó biopsia.

La octava tabla nos muestra la frecuencia de diagnósticos de biopsias de los pacientes que se realizaron endoscopia y biopsia. Siendo el diagnóstico más frecuente la gastritis crónica superficial activa con un 36.23% del total de diagnósticos de biopsias, seguido por gastritis crónica superficial de tipo folicular con un 17.39%. Esto es visto de igual modo en el estudio realizado por Torres y colaboradores¹, donde gastritis activa fue el diagnostico histológico más frecuente (91.9%). De la misma manera también es visto en el estudio realizado por Chacaltana y colaboradores⁹, quien indica que el diagnóstico histopatológico predominante fue la gastritis crónica superficial (65.8%). Por otro lado también observamos la alta frecuencia de *Helicobacter pylori* en las muestras de biopsia.

La novena tabla nos muestra que Del total de pacientes a los que se les realizó biopsia se encontró la presencia de *Helicobacter pylori* en 90 muestras que corresponde al (68.18%). Esto es visto de igual modo en el estudio realizado por Torres y colaboradores¹, donde la frecuencia de *Helicobacter pylori* en mucosa gástrica fue de 78.69%, demostrándose que el *Helicobacter pylori* se halla en mas de la mitad de los tejidos biopsiados. De la misma manera también es visto en el estudio realizado por Chacaltana y colaboradores⁹, quien indica que la infección por *Helicobacter pylori* estuvo presente en el 38.6% de los pacientes, demostrando de esta manera la alta frecuencia de *Helicobacter pylori* en las biopsias gástricas.

CONCLUSIONES

PRIMERA

El presente estudio nos permite concluir que del total de pacientes de nuestra población estudiada el 63,34% son del sexo femenino, es mas frecuente el procedimiento de endoscopías gástricas en el grupo etario comprendido en el rango de 48 – 59 años de edad (26.1%) , el estado civil mas frecuente es de casados (36,7%), la ocupación mas frecuente en el sexo femenino es la de ama de casa (61.4%) y en el sexo masculino es el de comerciante (22.7%) y que el lugar de procedencia mas frecuente es el distrito de Tacna con un 42%.

SEGUNDA

Desde el punto de vista clínico, concluimos que los principales síntomas que presentaron los pacientes de nuestra población estudiada son el dolor retroesternal tipo ardor (85%), dolor abdominal tipo urente (81.7%), náuseas (41.1%), eructos (25%)

TERCERA

La mayor frecuencia de procedimientos endoscópicos gástricos en nuestra población estudiada se dio en el mes de enero (17.2%), el tiempo de enfermedad mas frecuente de los pacientes a los que se les realizó endoscopia gástrica se encuentra en el rango de 3 meses a 1 año con un 27.2%, también observamos que la gastritis fue el diagnóstico endoscópico mas frecuente (92.54%), a su vez siendo los diagnósticos mas frecuentes dentro de esta patología la gastritis superficial leve y la gastritis eritematosa moderada ambas con un 17.91%, se realizó biopsia gástrica al 73.3%, siendo el diagnostico de biopsia mas frecuente la gastritis crónica superficial activa (36.23%) y se hallo *Helicobacter pylori* en el 68.18% de todas las biopsias analizadas.

RECOMENDACIONES

- ✚ Agregar a las historias clínicas de pacientes con patología gástrica, hojas adicionales que contengan antecedentes relacionados a dicha patología tales como, consumo de alcohol, cantidad y frecuencia, consumo de cigarro cantidad y frecuencia, consumo de medicamentos tales como anti inflamatorios no esteroideos, entre otros, para así poder realizar mejores estudios posteriores, ya que en el presente estudio no se pudo contar con las descripciones antes mencionadas por no hallarse en las historias clínicas.

- ✚ Por la importancia del *Helicobacter pylori* en relación a la patología gástrica tales como gastritis, úlcera, cáncer gástrico, etc. es preciso realizar un estudio dirigido a determinar factores asociados a la colonización de dicha bacteria en la mucosa gástrica, con el fin de programar medidas de control y prevención.

- ✚ Es necesario continuar la investigación sobre las patologías gástricas más frecuentes, a fin de incrementar y actualizar la información de base, que sirva de referencia para la adopción de medidas preventivas o de tratamiento de estos casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres E, Cabello J, Salinas C, Cok J, Bussalleu A. Endoscopias digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Médica Cayetano Heredia. Rev Med Hered 1997; 8: 58-66.
2. Chan FKL, Leung WK: Peptic-ulcer disease. Lancet: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición 360:933, 2002 [PMID: 12354485]
3. Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición
4. Correa, Pelayo, “Etiopatogenia de gastritis y cáncer gástrico” Colombia 2005.
5. Fox JG, Wang TC: Inflammation, atrophy, and gastric cancer. J Clin Invest 117:60, 2007 [PMID: 17200707].
6. Macdonald JS et al: Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. N Engl J Med 345:725, 2001 [PMID: 11547741]
7. Osorio M, Moré A, Álvarez L, Pasos J, Ortega A. Seguimiento evolutivo mediante estudio endoscópico – histológico e infección por helicobacter pylori en pacientes con úlcera gástrica. Revista electrónica de las ciencias Médicas en Cienfuegos Medisur 2010; 8 (1).
8. Fernández L, Corrales Y. Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en el centro de diagnóstico integral Yagua 2007. Revista Médica Electrónica 2009; 31(4).

9. Chacaltana A, Velarde H, Espinoza J. Lesiones endoscópicas del tracto digestivo alto en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Rev Gastroenterol Perú 27:246-252.
10. Baños R, Ramón T, Serrano A, Alajarín M, Alberca F, Molina J. Evaluación y mejora en la información de los pacientes que se realizan una endoscopia. An Med, Interna (Madrid) 2005; 22 (9): 413-418.
11. Bejarano M, Correlación clínica en enfermedad ulcerosa diagnosticada por endoscopia. Rev Colomb Gastroenterol 2004; 19:247-252
12. American Society For Gastrointestinal Endoscopy. Appropriate Use of Gastrointestinal Endoscopy. Gastrointestinal Endoscopy Volume 52(6) 2000.
13. De la Torre BA (1987). “Breve historia de la endoscopia. Crónica de una hazaña”. Gastroenterol Mex 52. pp: 179 – 186.
14. Haubrich William, s. (2000) History of endoscopy. In Sivak V. Gastrointestinal endoscopy by Sivak V. ed. W.B. saunders. pp: 3:33.
15. Cotton, PB, CB. Williams. (1992). Endoscopia alta terapéutica. En: cotton PB, Williams CB, (eds). Tratado practico de endoscopia digestiva. Barcelona, Masson-Salvat.pp. 93 – 96
16. Cotton, PB, CB. Williams. (1996). Preparation and safety in practical gastrointestinal endoscopy Oxford; Blackwell science.pp. 22 – 50.
17. WK Hirota et al: Guidelines for antibiotic prophylaxis for GI endoscopy. Gastrointest Endosc. HARRISON Principios de Medicina Interna 17ª edición 58(4); 475, 2003;
18. Pagina web de la Dirección Regional de Salud Tacna.
<http://www.tacna.minsa.gob.pe/index.php?page=resena-historica>

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

ANEXOS

Ficha de recolección de datos de los pacientes del servicio de gastroenterología del hospital Hipólito Unanue de Tacna del 1 de enero hasta el 31 de diciembre del 2011

NÚMERO DE HISTORIA:

MES: enero () febrero () marzo () abril () mayo () junio () julio () agosto () setiembre ()
octubre () noviembre () diciembre ()

EDAD: 14 – 19 () 20 – 33 () 34 – 47 () 48 – 59 () > 59 ()

SEXO: Masculino () Femenino ()

ESTADO CIVIL: Soltero () Casado () divorciado () viudo () conviviente ()

OCUPACIÓN: ama de casa () agricultor () comerciante () profesor () transportista ()
obrero () estudiante () ingeniero () mecánico () profesional de salud () jubilado ()
desempleado () otros ()

LUGAR DE PROCEDENCIA: Tacna () alto del alianza () ciudad nueva ()
Gregorio Albarracín () pocollay () otros ()

TIEMPO DE ENFERMEDAD: 1 – 6 días () 7 – 14 días () 15 días a 1 mes ()
>1mes – 2 meses () > 2 meses – 3 meses () > 3 meses – 1 año () > de 1 año ()

SÍNTOMAS Y SIGNOS: dolor abdominal tipo urente () ardor retroesternal () saciedad
temprana () distensión abdominal postprandial () flatulencias () náuseas () vómitos ()
eructos () regurgitación () hematemesis () melena () otros ()

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO:

.....

*“ENDOSCOPIA GÁSTRICA: DIAGNÓSTICO Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICO -
EPIDEMIOLOGICA DEL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL HIPÓLITO
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2011.”*

ANTECEDENTES

-  Consumo de sustancias nocivas: alcohol () gaseosas () cigarrillos () agua no potable () otros ()
-  Consumo de medicamentos AINES: si () no () no hay datos ()
-  Dieta: comidas picantes () comidas saladas () comidas condimentadas () comidas chatarras () comidas grasosas () desórdenes alimenticios () otros () no hay datos ()

RESULTADO DE BIOPSIA

- 
- 
- 