

**HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ
VALENCIA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER AÑO 2000 AL
2005**

INVESTIGADOR PRINCIPAL:
OMAR YECID LIZARAZO HURTADO
RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
BUCARAMANGA 2008**

**HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ
VALENCIA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER AÑO 2000 AL
2005**

INVESTIGADOR PRINCIPAL:
OMAR YECID LIZARAZO HURTADO
RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

Proyecto de Grado para optar al título de Especialista en Medicina Interna

DIRECTOR DEL PROYECTO:
DR. JAIME GOMEZ CORREA
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y GASTROENTEROLOGIA
PROFESOR ASISTENTE UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

ASESOR EPIDEMIOLOGICO:
FLOR DE MARIA CACERES MANRIQUE
MAGISTER EN EPIDEMIOLOGIA UIS
PROFESORA DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA

**DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA
UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
BUCARAMANGA 2008**

RESUMEN

TITULO: HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER AÑO 2000 AL 2005 ¹

AUTORES: Omar Yecid Lizarazo Hurtado

PALABRAS CLAVES: Principales indicaciones, Hallazgos, Endoscopia Digestiva Alta, Hospital Universitario de Santander

CONTENIDO:

El estudio de esofagogastroduodenoscopia consiste en uno de los procedimientos usados con mayor frecuencia en la práctica clínica tanto por el médico general como por el especialista, como parte del abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente que se presenta en la consulta diaria.

Durante el periodo comprendido entre Enero 01 del 2000 a Diciembre 31 de 2005 se realizaron 4139 procedimientos de endoscopia de vías digestivas altas en el Hospital Universitario Ramón González Valencia ESE HURGV y Hospital Universitario de Santander ESE HUS con un promedio de 690 estudios realizados por año comprendiendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

El 56.7 % de los pacientes eran mayores de 50 años y de ellos el 54.3 % correspondían a mujeres, de las cuales el 75 % de los pacientes procedían del área metropolitana de Bucaramanga.

La hemorragia de vías digestivas altas con un 37 % se estableció como el principal diagnóstico clínico para la solicitud de estudios de endoscopia de vías digestivas alta, seguido por la enfermedad ácido péptica con un 23.2 % y la sospecha de cáncer gástrico con un 11 % de las solicitudes.

Una de las grandes debilidades de este estudio fue la pérdida importante de información, debido a la falta de una base de datos en el servicio de gastroenterología lo que limita de forma importante a realizar asociaciones diagnósticas.

Esperamos que este trabajo observacional retrospectivo sirva como base a futuras investigaciones en gastroenterología para poder llegar a tomar decisiones clínica y de salud pública sobre nuestros usuarios.

¹ Proyecto de Grado

^{**}Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Departamento de Medicina Interna Dr. Jaime Gómez Correa

ABSTRACT

TITLE: HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EN PACIENTES DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO RAMÓN GONZÁLEZ VALENCIA Y HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER AÑO 2000 AL 2005²

AUTHORS: Omar Yecid Lizarazo Hurtado

KEY WORDS: Principal Indications, Finds, Digestive High Endoscopy, University Hospital of Santander

DESCRIPTION:

The study of endoscopy consists of one of the procedures used with major frequency of the clinical practice both for the general doctor and for the specialist, as part of the diagnostic and therapeutic boarding of the patient who appears in the daily consultation.

During the period included between January 01 from 2000 to December 31 of 2005 4139 procedures realized of endoscopy of upper digestive tract in the University Hospital Ramon Gonzalez Valencia THIS HURGV and University Hospital of Santander THIS HUS with an average of 690 studies realized per year including diagnostic and therapeutic procedures.

56.7 % of the patients was major of 50 years and of them 54.3 % was fitting to women, of which 75 % of the patients was coming from Bucaramanga's metropolitan area.

The hemorrhage of upper digestive tract with 37 % was established as the principal clinical diagnosis for the request of studies of endoscopy discharge, followed by the disease acid peptic with 23.2 % and the suspicion of gastric cancer with 11 % of the requests.

One of the big weaknesses of this study went loss important of information, due to mistake of database in service of gastroenterology what limits from important form to realize diagnostic associations.

We wait that this work observational retrospective serves as base to future investigations in gastroenterology to be able to manage to take decisions clinic and of health it publishes on our users.

* Graduation Project

** Medicine Faculty. Medicine College. Internal Department Dr. Jaime Gómez Correa.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	3
2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	6
2.1 RESEÑA HISTORICA	6
2.1.1 La endoscopia rígida (1868-1932)	8
2.1.2 La endoscopia semiflexible (1932-1956)	9
2.1.3 La endoscopia flexible (1956 hasta nuestros días)	11
2.2 LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	14
2.2.1 Definición	14
2.2.2 Indicaciones	14
2.2.3 Contraindicaciones	16
2.2.4 Técnica	16
2.2.5 Utilidad de la biopsia y citología	20
2.2.6 Complicaciones	21
2.3 HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS ENDOSCOPICOS	24
2.3.1 Sintomas de alarma	25
2.3.2 Estrategias de manejo empírico de la dispepsia	25
2.3.3 Endoscopia temprana	26

2.3.4 Test para la detección de infección por Helicobacter pylori y manejo	26
2.3.5 Terapia antisecretora empírica	27
2.4 GUÍAS PARA EL MANEJO DE LA DISPEPSIA	28
2.5 INDICACIONES DE LOS ESTUDIOS ENDOSCOPICOS	31
3.1 OBJETIVO GENERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	37
4. METODOLOGIA	39
4.1 Diseño	39
4.2 Población y muestra	39
4.3 Definición de variables	39
4.4 Recolección de datos	41
4.5 Procesamiento y análisis de los datos	41
4.6 Aspectos éticos	42
5. RESULTADOS	44
6. DISCUSION	53
CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	59
BIBLIOGRAFIA	60

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Fechas Clave	20
Tabla 2. Indicaciones de esofagogastroduodenoscopia, diagnostica y terapéutica	28
Tabla 3. Contraindicaciones del procedimiento.	29
Tabla 4. Distribución por grupos etáreos.	46
Tabla 5. Distribución por edad y sexo.	46
Tabla 6. Distribución de pacientes por diagnóstico clínico.	48
Tabla 7. Distribución de pacientes por diagnóstico endoscópico.	53

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio de esofagogastroduodenoscopia consiste en uno de los procedimientos usados con mayor frecuencia en la práctica clínica tanto por el médico general como por el especialista, como parte del abordaje diagnóstico y terapéutico del paciente que se presenta en la consulta diaria. Existen en la literatura guías para la adecuada utilización y evaluación de los procedimientos endoscópicos en relación con los hallazgos endoscópicos más frecuentes como signos de sangrado digestivo alto, disfagia, síntomas de corta evolución y pacientes sin tratamiento.

Dentro de las indicaciones más comunes para la solicitud de estudios endoscópicos de las vías digestivas altas se encuentran: dolor abdominal en pacientes mayores de 45 años, dolor abdominal persistente después de recibir terapia médica adecuada, síntomas de reflujo gastroesofágico persistente a pesar de tratamiento óptimo, dolor abdominal asociado a signos y síntomas sugestivos de enfermedad orgánica seria, seguimiento de enfermedad ulcerosa gástrica o esofágica, síndrome anémico ferropénico con sospecha de pérdidas sanguíneas en tracto intestinal alto, disfagia, odinofagia, tratamiento para varices esofágicas y dilatación de lesiones estenóticas del esófago ¹.

La esofagogastroduodenoscopia es un procedimiento que ofrece buena sensibilidad y especificidad para detección de lesiones susceptibles de recibir tratamiento médico y esta rara vez presenta complicaciones médicas de importancia ².

Es importante tanto para el médico como para las instituciones conocer los hallazgos de las patologías más frecuentes y relacionar las indicaciones de su

solicitud con los resultados de los estudios endoscópicos ya que esto repercute de manera importante en el buen desempeño de la práctica clínica y de políticas para la toma de medidas preventivas.

La mayor motivación para llevar a cabo esta investigación es la de describir cuáles son sus principales hallazgos, determinar las indicaciones y orientar la toma de decisiones médicas en beneficio de nuestros usuarios.

Este estudio busca establecer cuáles son las principales características epidemiológicas de los pacientes que fueron sometidos a esofagogastroduodenoscopia durante el periodo comprendido entre enero 01 de 2000 y 31 de diciembre de 2005. Se obtuvo información sobre el lugar de procedencia, edad, diagnóstico clínico más frecuente antes de la realización de la endoscopia y hallazgos más frecuentes encontrados durante los estudios. A través de esta información se pueden tomar conductas sobre la práctica diaria en el servicio de gastroenterología al determinar que tipo de pacientes se benefician mayormente de la realización de la endoscopia de vías digestivas altas y en que momento de la evolución de la enfermedad se debe realizar. Aun no tenemos datos de los hallazgos de estudio de endoscopia de vías digestivas altas en nuestro medio lo que se convierte en otro de las motivaciones para llevar a cabo esta investigación.

Además de servir para conocer las características de la población que consulta al servicio de gastroenterología, el actual trabajo sirve de base para la realización de futuras investigaciones, y así poder intervenir sobre los factores de riesgo para ciertas patologías del tracto gastrointestinal como cáncer gástrico y úlcera duodenal que se han constituido en problemas de salud pública.

2. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

2.1 RESEÑA HISTORICA DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

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 diEgina 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 Académie de Médecine 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

2.1.1 LA ENDOSCOPIA RÍGIDA (1868-1932)

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 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 gastroscopia; 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 gastroscopias con índices aceptables de pocas complicaciones.

2.1.2 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 endoscopias. 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 EderPalmer, 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.

2.1.3 LA ENDOSCOPIA FLEXIBLE (1956-Hasta nuestros días)

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 presento 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 peligrosa, 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 veinticinco 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 Vater, 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 3.

Tabla 1. Fechas Clave

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

2.2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

2.2.1 DEFINICION

La esofagogastroduodenoscopia es un examen que permite la visualización directa y la biopsia de la mucosa del tracto digestivo superior y, en algunos casos, la intervención terapéutica sobre la misma.

2.2.2 INDICACIONES

Su uso ha sido ampliamente difundido en todo el mundo, para lo cual se han entrenado clínicos y cirujanos permitiendo un mejor abordaje en el diagnóstico y el tratamiento de diferentes patologías gastrointestinales. La endoscopia digestiva superior es uno de los procedimientos más frecuentemente realizados en todo el mundo; sus indicaciones se han dado por reuniones de consenso de diferentes grupos médicos, y se han publicado algunos trabajos para evaluar el efecto del procedimiento sobre la evolución del paciente, sus costos y su manejo 4-5.

La dispepsia, como síntoma, es la indicación más frecuente para referir el paciente a endoscopia; su realización por este hecho suscita mucha controversia, pues algunos estudios revelan un rendimiento bajo, sobre todo en menores de 45 años 6-7; sin embargo, en países como Japón y Colombia, donde la prevalencia del cáncer gástrico es alta, parecería una conducta apropiada recomendar endoscopia digestiva alta a los enfermos mayores de 45 años, con síntomas dispépticos de reciente aparición y no asociados a la ingestión de otros medicamentos (Recomendación grado B).

En el estudio del reflujo gastroesofágico, la endoscopia es el método diagnóstico de elección, cuando éste no responde al tratamiento médico, y tiene la ventaja de poder visualizar directamente la mucosa facilitando la toma de biopsias 8-9.

Otros síntomas en los cuales la endoscopia superior juega un papel diagnóstico son odinofagia, disfagia, dolor retroesternal, vómito y náuseas persistentes ¹⁰.

En el campo de la terapéutica, se realiza ligadura o esclerosis de várices esofágicas, control del sangrado digestivo, resección de pólipos o tumores benignos pequeños, mucosectomías para manejo de cáncer y extracción de cuerpos extraños ¹¹⁻¹⁵.

Como método complementario, la endoscopia superior juega un papel importante en el estudio y el manejo de otras patologías; entre ellas, se cuentan la acalasia, el síndrome de malabsorción y las quemaduras por cáusticos ¹⁶⁻¹⁸.

El diagnóstico del cáncer del estómago y del esófago se realiza generalmente a través del procedimiento endoscópico más biopsias ¹⁹⁻²⁰; Misumi y colaboradores reportan tasas de efectividad hasta de 98%, sobre todo cuando se toman numerosas biopsias ²¹. Se recomienda la endoscopia más biopsias como método de elección para el diagnóstico del cáncer gastrointestinal superior. (Recomendación grado A). Las principales indicaciones se resumen en la tabla 2.

2.2.3 CONTRAINDICACIONES

La mayoría de las contraindicaciones del procedimiento son más relativas que absolutas. La principal contraindicación es la falta de colaboración del enfermo.

2.2.4 TECNICA

Es fundamental, antes de iniciar el procedimiento, poseer un juicio clínico del enfermo, revisar su historial clínico, los estudios endoscópicos y radiológicos previos, al igual que los informes de anatomía patológica. Se recomienda que el examen se practique en un área amplia, de fácil acceso, con disposición de

oxígeno complementario y pisos y paredes de materiales fácilmente lavables, con varios puntos de energía.

Debe poseer unas amplias áreas de circulación, igualmente una zona de recuperación en la que se disponga de los recursos necesarios para una eventual reanimación cardiopulmonar, máxime si se utilizan sedantes o depresores como premedicación ²³.

Actualmente, se recomienda que las unidades de endoscopia posean los equipos necesarios para la monitorización continua del paciente durante el examen; ellos son: oximetría de pulso, presión arterial y frecuencia cardíaca. Estos permiten un mejor seguimiento del enfermo durante y después del procedimiento ²⁴.

Antes del examen, se debe explicar detalladamente al paciente el procedimiento y obtener su consentimiento por escrito; para esto, nos podemos valer del personal de enfermería debidamente entrenado siguiendo una historia pre codificada, haciendo énfasis en sus antecedentes alérgicos, cardíacos (valvulopatías, cirugías, endocarditis), pulmonares, medicamentosos (ingestión de anticoagulantes, sedantes antidepresores, antiinflamatorios).

Es muy importante preparar al enfermo en su estado anímico para que acepte el procedimiento. Para su realización, hay grupos que utilizan la sedación y otros que no lo hacen; este tópico será tratado en otro capítulo de esta obra.

Se debe guardar un ayuno de seis horas, evitando en este lapso la toma de medicamentos, en especial los antiácidos. Antes de empezar la endoscopia, se puede utilizar jalea de xilocaína o el aerosol al 2%, con el fin de disminuir el reflejo nauseoso que desencadena el paso del equipo por la faringe posterior.

El enfermo se ubica en decúbito lateral izquierdo y se instala el protector del equipo entre los dientes del paciente; si tiene piezas dentarias removibles, deben extraerse. La cabeza debe estar en una leve extensión durante el paso del equipo y luego de que ha pasado, el ayudante la lleva a una ligera flexión. El cuerpo del endoscopio se toma con la mano derecha a unos 20-30 cm de la punta y se introduce con suavidad guiándolo desde afuera, bajo visión directa, invitando al enfermo a realizar una deglución cuando se está cerca del esfínter esofágico superior.

A medida que se avanza, se insufla con el tercer dedo de la mano izquierda, que es la que sujeta y controla los comandos del equipo, mientras la mano derecha del operador toma el cuerpo del endoscopio y lo hace avanzar o retroceder según lo desee. El dedo índice de la mano izquierda permite la aspiración cuando sea necesario.

El esófago es un órgano que debe examinarse tanto en la introducción como en el retiro del equipo; nunca puede avanzarse sino se observa la luz del mismo. Las lesiones deben fotografiarse al ingreso y tomar sus correspondientes biopsias al final del examen. Se debe estar atento al cambio de la mucosa esofágica a gástrica, punto denominado línea Z, y analizar su ubicación con respecto al hiato, que sirve para determinar la presencia o la ausencia de hernia hiatal ²⁵.

El ingreso al estómago debe hacerse bajo mayor insuflación, para no entrar a ciegas, y así evitar lesionar sus paredes. Debe buscarse la luz de la cavidad con finos movimientos de derecha a izquierda, hasta llegar a la incisura angularis y allí avanzar hasta el antro; no debe abusarse de la insuflación, pero es necesaria para visualizar en detalle toda la mucosa gástrica observando sus contornos y características. Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, la visión que generalmente se obtiene al ingresar el equipo al estómago es la curvatura menor

hacia las 12 del cuadrante del reloj, la curvatura mayor hacia las 6, la cara anterior hacia las 9 y la posterior representada a las 3.

Se avanza el equipo hasta el antro pilórico y, aprovechando una contracción, se pasa a través del píloro hasta el bulbo duodenal; aquí se examina con rigor su cara anterior, la posterior y el vértice. Mediante una ligera flexión a la derecha, se avanza hacia la segunda porción, donde mejora la visión. Sólo con los equipos de visión lateral se logra un adecuado examen de la papila a este nivel; se retira entonces el equipo, examinando los diferentes segmentos del duodeno con finos movimientos laterales. De regreso, y una vez ubicado en el antro gástrico, se realizan las maniobras de retroflexión. Se continúa el retiro aspirando continuamente, lo cual brinda cierto alivio al enfermo.

Debe hacerse énfasis en que el examen del esófago se complementa a la salida del endoscopio, aprovechando sus movimientos peristálticos. Finalmente, se examina la hipo faringe y la laringe al retirar el equipo. En ciertas ocasiones, es necesario cambiar de posición al enfermo para la toma de una biopsia o para vencer el paso de un píloro retraído.

No sólo la técnica del examen debe dominarse; también debe hacerse lo mismo con la interpretación de los diferentes hallazgos endoscópicos y su adecuado informe; para ello, se cuenta con la ayuda del instructor y los distintos atlas que existen sobre patología endoscópica.

Para el informe, el esófago se divide en tres tercios, superior medio e inferior, consignando si las lesiones se ubican en la pared anterior o posterior. Se toma también como referencia la distancia de la arcada dentaria a la cual se ubica la patología. Los equipos traen siempre una graduación en centímetros.

En el estómago, además de su división en tres porciones, tercio superior, medio e inferior (C-M-A), debe describirse su relación con la curvatura mayor y la menor, la cara anterior y la posterior. Igual concepto se maneja en la descripción de los hallazgos encontrados en el duodeno.

2.2.5 UTILIDAD DE LA BIOPSIA Y CITOLOGIA

Quizás una de las mayores ventajas de la esofagogastroduodenoscopia sobre los estudios radiológicos, es la posibilidad de obtener muestras para el estudio histológico de una lesión determinada ²⁶.

- La citología es particularmente útil en la evaluación de infecciones virales o por hongos; para tal fin, se utiliza la técnica del cepillado sobre la mucosa.
- Las biopsias mediante fórceps se utilizan para determinar la naturaleza de una lesión e igualmente para detectar la infección por *Helicobacter pylori*; proveen suficiente tejido (generalmente, limitado a la mucosa) para el estudio histológico. El rendimiento de los diferentes modelos de pinzas es muy similar ²⁷.
- Otra técnica utilizada para obtener material para estudio histológico es la resección de mucosa mediante la inyección de solución salina y el empleo de un asa de polipectomía; es particularmente útil en la detección precoz del cáncer ²⁸⁻²⁹.

2.2.6 COMPLICACIONES

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento seguro, con una tasa de complicación por debajo del 2%; su incidencia aumenta cuando se realizan biopsias o maniobras terapéuticas ³⁰. En 1 de cada 1.000 endoscopias del tracto digestivo alto, ocurre morbilidad grave. En la endoscopia, se calcula una mortalidad de 0,5 a 3 por 10.000 estudios ³¹. Las complicaciones mecánicas del procedimiento diagnóstico son la perforación esofágica y el daño de la dentadura.

El sangrado secundario a la toma de biopsias casi siempre es autolimitado; en algunos casos, se hace necesario el control con inyección de una sustancia esclerosante bajo visión directa.

Existen otras complicaciones asociadas al estado previo del paciente, a sus enfermedades concomitantes y medicación previa (hipoxemia, bradicardia, hipotensión, endocarditis bacteriana, diátesis hemorrágica, sedación excesiva y aspiración); igualmente, se han descrito en los últimos años otro tipo de complicaciones raras ³².

En resumen, la esofagogastroduodenoscopia conlleva cierta morbilidad y mortalidad; las tasas de complicaciones, hasta cierto grado, dependen del operador. Su riesgo aumenta con la edad y el número de enfermedades que sufre el paciente. En el anciano y en personas con problemas cardiopulmonares, la realización de la endoscopia debe obedecer a una indicación muy precisa (Recomendación grado A).

Dolor o discomfort en el abdomen superior, es un síntoma muy frecuente en pacientes que acuden a consulta médica. En Estados Unidos, la prevalencia de síntomas dispépticos es de aproximadamente el 25 % (se excluyen los pacientes con síntomas típicos o propios de enfermedad por reflujo gastroesofágico), pero no todos los pacientes con dispepsia acuden a buscar ayuda médica¹. El costo de esta patología es alto, se deben diseñar estrategias adecuadas para su manejo.

En un estudio realizado en 288 pacientes con dispepsia seguidos durante un periodo de 1 año, los pacientes tienden a permanecer sintomáticos, 61% recibieron farmacoterapia y 43% fueron llevados a procedimientos diagnósticos, indicando un sustancial uso de recursos médicos. El descubrimiento del *Helicobacter pylori* y el uso de test diagnosticos simples para su deteccion han ayudado a crear una nueva estrategia simple para manejar la enfermedad ácido

péptica y así reducir la toma de exámenes y procedimientos diagnósticos innecesarios².

Tabla 2. Indicaciones de esofagogastroduodenoscopia, diagnostica y terapéutica

ORGANO	INDICACIONES
	• Estudio del reflujo gastroesofágico • Hernia hiatal • Hipertensión portal • Estenosis esofágica (disfagia u odinofagia) • Acalasia • Esófago de Barret • Sospecha de neoplasia
Esófago	• Ingestión de tóxicos (ácido o alcalino) • Dilataciones esofágicas • Escleroterapia de várices • Extracción de cuerpos extraños • Polypectomía • Enfermedad ácido péptica • Dispepsia que no responde al tratamiento médico en mayores de 45 años • Estudio del dolor retroesternal • Gastritis atrófica • Úlcera duodenal y duodenitis • Náuseas y vómitos persistentes
Estómago	• Sospecha de neoplasia • Control de sangrado digestivo • Polypectomía • Gastrostomía percutánea • Sospecha de neoplasia
Duodeno	• Polypectomía • Síndrome de malabsorción (biopsias) • Control de lesión sangrante

2.3 HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS

Existen algunos reportes de pacientes con dispepsia identificados en la comunidad por medio de estudios como esofagogastroduodenoscopia para determinar la causa de su sintomatología. Es el caso de un estudio comunitario en el norte de Noruega, donde 9 % de las personas con dolor epigástrico tenían

úlceras pépticas y 14 % tenían esofagitis asociada a enfermedad por reflujo gastroesofágico³.

Tabla 3. Contraindicaciones del procedimiento.

ABSOLUTAS	RELATIVAS
• No colaboración • Estado terminal • Sospecha o confirmación de perforación • Imposibilidad para la resucitación (equipo y personal) • Inestabilidad cardiopulmonar	• Divertículo de Zenker gigante • Insuficiencia respiratoria severa • Sangrado masivo con sospecha de fístula aortoduodenal

En un estudio realizado en Canadá en pacientes con dispepsia que consultan a primer nivel, 447 (43%) de 1040 pacientes tenían esofagitis erosiva y únicamente 52 (5%) tuvieron úlcera. Esos datos sugieren que aunque la úlcera péptica es comúnmente sospechada en pacientes con dispepsia, es encontrada con menor frecuencia en pacientes que son llevadas a estudios de endoscopia de vías digestivas altas⁴.

2.3.1 SÍNTOMAS DE ALARMA

Los síntomas no son adecuados para identificar la causa de la dispepsia. Síntomas individuales, subgrupos de síntomas y sistemas de tamizaje han fallado todos en identificar adecuadamente enfermedad ulcerosa péptica o distinguir la

dispepsia orgánica de aquella funcional. Los síntomas de alarma son utilizados para identificar pacientes que tienen un riesgo aumentado de presentar enfermedad y que requieren de una temprana investigación. Los síntomas de alarma aplicados para este propósito incluyen pérdida de peso, anorexia, saciedad precoz, vómito, disfagia progresiva, sangrado y anemia⁵.

2.3.2 ESTRATEGIAS DE MANEJO EMPÍRICO DE LA DISPEPSIA

Algunas estrategias empíricas han sido desarrolladas para el manejo de los pacientes con dispepsia sin la necesidad de la realización de test diagnósticos costosos. Varias opciones están disponibles, incluyendo la realización de esofagogastroduodenoscopia temprana para definir la causa de la sintomatología; test para *Helicobacter Pylori* y su tratamiento, si este es necesario; y uso empírico de agentes antisecretores.

2.3.3 Endoscopia temprana

Esta aproximación es poco práctica de realizar a todos los pacientes que acuden a los servicios de primer nivel de complejidad con síntomas de dispepsia, debido a que corresponde a un gran número de pacientes consultantes. El estudio de endoscopia de vías digestivas altas temprana está claramente indicado en el proceso de manejo cuando aparecen los síntomas de alarma. Debido a que la incidencia de enfermedad se incrementa con la edad, pacientes mayores de 50 años que presentan síntomas nuevos de dispepsia deben ser generalmente referidos a endoscopia de vías digestivas altas. Delaney y asociados evaluaron la costoefectividad del estudio endoscópico inicial con el manejo “usual” (por ejemplo, el tratamiento escogido por el médico general basado en su práctica diaria) en 422 pacientes con dispepsia mayores de 50 años. Los pacientes que

fueron asignados de forma aleatorizada a la realización de endoscopia de vías digestivas altas mostraron una mejoría significativa en cuanto a los grados de síntomas y calidad de vida, con una reducción del 48 % del uso de inhibidores de la bomba de protones. El investigador concluyó que la realización de endoscopia de vías digestivas altas en los pacientes mayores de 50 años con dispepsia es costo efectiva⁶.

2.3.4 Test para detección de Helicobacter Pylori y manejo

Es razonable la utilización de test para detección de Helicobacter Pylori y su adecuado tratamiento debido a su asociación con úlcera péptica sin necesidad de realizar estudios endoscópicos costosos. Con esta estrategia, los pacientes son sometidos a test no invasivos para la detección de Helicobacter Pylori y así recibir terapia para su erradicación si la infección es detectada. Varios estudios han demostrado ser útiles para esta aproximación así, en un estudio realizado por Lassen y colegas, 500 pacientes que acudieron a centros de atención primaria en salud (incluyendo pacientes ancianos) con dispepsia fueron aleatorizados a la realización de test no invasivos para Helicobacter Pylori y a tratamiento para su erradicación o la realización de endoscopia. No se encontraron diferencias en resultados como sintomatología o calidad de vida al cabo de un año de seguimiento⁷. Un estudio de seguimiento similar fue realizado por un periodo de 6.7 años el cual comparó el grupo de realización de endoscopia temprana con el grupo de test para Helicobacter Pylori y tratamiento para su erradicación confirmando que ésta estrategia es efectiva a lo largo del tiempo⁸. Otros estudios han mostrado similares resultados⁹⁻¹⁰.

2.3.5 TERAPIA ANTISECRETORA EMPIRICA:

Una revisión de Cochrane de las actuales estrategias de manejo para la dispepsia, identificó 18 publicaciones que incluían 20 comparaciones; en un

análisis conjunto, los inhibidores de la bomba de protones fueron significativamente más efectivos que los antagonistas del receptor de histamina y antiácidos juntos, en dispepsia no investigada. El uso de terapia antisecretora debe limitarse a los pacientes con test para *Helicobacter Pylori* negativos¹¹.

Manes y asociados compararon una estrategia basada en el uso de test para *Helicobacter Pylori* y terapia a base de inhibidores de la bomba de protones administrada por un mes en 219 pacientes menores de 45 años en un centro de atención secundaria en Italia. A los 12 meses de seguimiento, 55% de los pacientes aleatorizados al grupo de test para *Helicobacter Pylori* fueron llevados a endoscopia de vías digestivas altas debido al pobre control de sus síntomas, pero ninguno tenía úlcera péptica. En el grupo de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones, 88% de los pacientes fueron llevados a endoscopia y 17% de ellos tenían úlcera péptica, pero 88% de esos pacientes tenían infección con *Helicobacter Pylori*. Aunque más estudios son necesarios, esos datos sugieren que la terapia empírica con inhibidores de la bomba de protones no es una adecuada opción en pacientes que tienen infección por *Helicobacter Pylori*¹². Modelos de costoefectividad sugieren que la terapia empírica con inhibidores de la bomba de protones es preferible a otras formas de terapia antisecretora en pacientes con dispepsia¹³.

2.4 GUÍAS PARA EL MANEJO DE LA DISPEPSIA

El consenso Europeo y sus guías de manejo para dispepsia recomiendan que pacientes sin signos o síntomas de alarma (por ejemplo, anemia, pérdida de peso, disfagia, masa palpable, malabsorción) quienes tienen un test positivo para *Helicobacter Pylori* (en test serológico o test de ureasa) y no han sido tratados previamente para infección por este germen deben recibir terapia de erradicación

para *Helicobacter Pylori* por parte del medico de primer nivel de complejidad. Pacientes mayores de 45 años de edad que presentan severos sintomas de dispepsia o con sintomas de alarma deben ser referidos a endoscopia de vias digestivas altas de inmediato¹⁴.

Las guias de la sociedad europea de gastroenterología en cuidado primario recomiendan dar tratamiento dirigido contra *Helicobacter Pylori* para pacientes con un test no invasivo positivo y con síntomas recurrentes de dispepsia no estudiada, pero no para pacientes con dispepsia no ulcerosa¹⁵.

Las guías de la sociedad Americana de Gastroenterología recomiendan que pacientes con dispepsia que son menores de 45 años de edad y no tienen signos o sintomas de alarma deben ser sometidos a test no invasivos (serologicos o test de aliento para *Helicobacter Pylori*) seguidos de terapia farmacológica de erradicación si estos son positivos. Pacientes mayores de 45 años deben ser llevados a endoscopia de vias digestivas altas de inmediato¹⁶.

Las guías del Colegio Americano de Gastroenterología declararon que no existe evidencia concluyente para ofrecer tratamiento contra *Helicobacter Pylori* en pacientes con dispepsia no ulcerosa y sugieren que el tratamiento puede ser ofrecido de acuerdo con las carateristicas individuales, pero estas guías no han sido totalmente revisadas. Estas guias tampoco ofrecen recomendaciones para los pacientes que se presentan con dispepsia no estudiada en el primer nivel de complejidad¹⁷.

La aplicación de la estrategia del test y tratamiento para *Helicobacter Pylori* debe ser determinado en base a un escenario clínico. En pacientes con prevalencia del 20% o más para infección (por ejemplo: inmigrantes recientes desde países en via de desarrollo), deben ser evaluados y tratados inicialmente con métodos no invasivos, antes de ser llevados a endoscopia de vias digestivas altas. En la

población con baja prevalencia para infección por *Helicobacter Pylori*, en quienes la presencia de úlcera péptica o infección por *Helicobacter Pylori* es menor al 20% (por ejemplo: pacientes procedentes de zonas socioeconómicas altas), una estrategia alternativa es primero prescribir una terapia antisecretora empírica por un periodo de 4 a 8 semanas. Si el paciente no presenta respuesta o tiene recurrencia de la sintomatología una vez termine este tratamiento, se prefiere la aplicación del test no invasivo para detección de la infección antes de referir al paciente a estudios de endoscopia de vías digestivas altas.

Existen diferentes opciones diagnósticas que son utilizadas para el abordaje de los pacientes con dispepsia. La escogencia de una u otra debe ser basada en los síntomas únicamente la realización de endoscopia de vías digestivas altas, estudios imagenológicos con medios de contraste o el inicio de tratamiento médico empírico es fundamentada en el criterio clínico del profesional. En el caso de patologías como el reflujo gastroesofágico la endoscopia de vías digestivas altas puede proveer diagnóstico, predecir pronóstico y en particular la posibilidad de ofrecer varias opciones de tratamiento y lo más importante es la detección temprana de esófago de Barrett.

Para enfermedad ácido péptica el estudio de endoscopia ofrece diagnóstico, determina complicaciones durante su evolución y detecta infección por *Helicobacter Pylori*. Por último la endoscopia de vías digestivas altas es el mejor método para el diagnóstico de cáncer gástrico. Así uno de los más populares argumentos para el amplio uso de la endoscopia de vías digestivas altas en pacientes con dispepsia ha sido la detección temprana de cáncer gástrico potencialmente curable.

La esofagogastroduodenoscopia es usada también con fines terapéuticos como en el caso de lesiones que pueden ser dilatables, control de lesiones sangrantes y para obtener muestras para análisis patológico. La decisión de llevar a cabo una endoscopia debe ser basada en la posibilidad de encontrar un proceso patológico importante en un paciente en particular. Dentro de los parámetros asociados a la necesidad de estudio endoscópicos se encuentran la edad, la localización geográfica, el seguimiento clínico y la necesidad de realizar un procedimiento diagnóstico¹⁸.

2.5 INDICACIONES DE LOS ESTUDIOS ENDOSCÓPICOS

Dentro de las indicaciones clínicas para la solicitud de estudios endoscópicos de vías digestivas altas están el de hemorragia de vías digestivas altas (42.2%), historia de úlcera péptica (40.5 %), disfagia (31.9 %), seguimiento clínico (24.4 %) y otras patologías (20.9 %). Hallazgos endoscópicos relevantes desde el punto de vista clínico fueron encontrados en 21 % de los pacientes que consultaron por dispepsia que eran menores de 45 años de edad y en 25.3 % con el mismo síntoma en pacientes mayores de 45 años¹⁹. La conclusión de esta investigación sugiere que una indicación clínica suficiente para solicitar un estudio endoscópico es la presencia de síntomas de dispepsia en un paciente de más de 45 años de edad, dispepsia persistente a pesar de un tratamiento adecuado iniciado de manera empírica. Los pacientes menores de 45 años de edad pueden ser tratados de forma empírica con seguridad y nuevamente evaluados al cabo de cuatro a seis semanas.

Es importante implementar criterios clínicos adecuados para orientar a los profesionales de la salud en la solicitud de estudios endoscópicos de vías digestivas altas, encaminados a mejorar la calidad en la atención y en la disminución de los costos que esto implica²⁰.

Existen estudios llevados a cabo únicamente con la finalidad de hacer una comparación entre las características clínicas de los pacientes que son llevados a esofagogastroduodenoscopia y los hallazgos endoscópicos encontrados, como los siguientes: en un estudio multicéntrico realizado en Estados Unidos, Suiza y Alemania, por ejemplo se estudiaron 2088 pacientes (60 % no hospitalizados y 57 % hombres), de los cuales fueron analizados 1681 referidos a estudios endoscópicos de vías digestivas altas.

El anterior estudio evidenció que 46 % de los procedimientos endoscópicos se catalogaron como de adecuadas, 15 % inciertas y 39 % inapropiadas por criterios explícitos. Las endoscopias calificadas como adecuadas o inciertas tuvieron lesiones más relevantes (60 %), que aquellas juzgadas como inapropiadas (37 %; odds ratio 2.6: IC 95 % 2.2, 3.2). Los hallazgos endoscópicos fueron bien relacionados a otros factores como son el género, la edad y la sintomatología de presentación inicial. Como conclusión final el uso de estos criterios mejora la selección de pacientes para ser llevados a endoscopia de vías digestivas altas, lo que se va a ver reflejado en una mejor atención de los pacientes²¹.

Como es conocido y reportado en la literatura médica una de las indicaciones más comunes de realización de endoscopias de vías digestivas altas es la dispepsia, así en un estudio llevado a cabo para determinar el valor de la endoscopia de vías digestivas altas en los pacientes con dispepsia (epigastralgia o discomfort epigástrico) y su nivel de satisfacción demostró que entre los pacientes a quienes se les realizó el procedimiento hay mayor satisfacción independiente de los hallazgos endoscópicos²².

El estudio de endoscopia de vías digestivas altas es el más solicitado y el síntoma que principalmente precede a esta solicitud es la dispepsia, siendo los hallazgos normales hasta en dos terceras partes de los pacientes llevados a este

procedimiento Este es un gran grupo de pacientes en los cuales el hallazgo “negativo” de la endoscopia fue cuestionado²³.

La principal indicación clínica para solicitar el estudio endoscópico sigue siendo la dispepsia, definido como dolor abdominal epigástrico o discomfort el cual alcanza una frecuencia en la población de USA y otros países del occidente de hasta un 25 %; y si se toma en cuenta la pirosis como síntoma principal este puede llegar a ser tan frecuente como del 40 %²⁴.

Algunos investigadores han ideado estrategias para reducir el número de estudios endoscópicos negativos ya que éstos no ofrecen beneficios a los pacientes, por ejemplo pacientes menores de 45 años sin síntomas amenazantes o expuestos a medicamentos como anti - inflamatorios no esteroideos, únicamente son llevados a endoscopia los pacientes infectados con helicobacter pylori y el resto son contra remitidos al médico general para manejo médico sintomático. Esta estrategia reduce el total de solicitudes de endoscopia en un 36 % y la proporción de endoscopias negativas en un 23 %²⁵.

Dentro de estas definiciones y su relación con la solicitud de estudios endoscópicos surgen interrogantes, uno de ellos es ¿cual debería ser el manejo óptimo de los pacientes con dispepsia? Para algunas personas el síntoma de dispepsia es leve y pasajero, por tanto menos de la mitad de los pacientes con dispepsia buscan ayuda médica en Estados Unidos o Europa. Después de esto el manejo de la dispepsia representa un problema mayor en la práctica clínica; 2 a 5 % del total de las consultas médicas familiares corresponden a dispepsia. Los factores que determinan que un paciente consulte al médico por dispepsia son: severidad de los síntomas, incremento de la edad, antecedente familiar de cáncer gástrico, nivel socioeconómico bajo, miedo de enfermedad grave y distres psicológico²⁶.

Dentro de las opciones ante un paciente que se presenta al consultorio por dispepsia se encuentran 1. Terapia médica empírica (Pro cinéticos o agentes antisecretores), inmediata investigación en todos los casos con realización de endoscopia y tratamiento médico según los hallazgos, test para detección de infección por *Helicobacter Pylori* y realización de endoscopia digestiva alta en los casos positivos o con antecedentes de úlcera péptica o cáncer gástrico familiar, realización de test serológicos para infección por *Helicobacter Pylori* o por test de urea y dar tratamiento médico antibacteriano en los casos positivos.

Únicamente una minoría de los hallazgos endoscópicos son positivos para enfermedad ulcerosa y menor en lo referente a cáncer. Así, la actual recomendación del colegio Médico Americano es llevar a estudios endoscópicos de vías digestivas altas solo a los pacientes en quienes una valoración clínica previa indique una situación de alto riesgo como síntomas en mayores de 45 años, pacientes que no presenten mejoría después de 7 a 10 días de tratamiento adecuado o durabilidad de los síntomas más de 6 a 8 semanas.

Sin embargo la terapia empírica ha sido recientemente cuestionada debido a que podría llegar a promover un inadecuado y prolongado uso de anti H₂ (el tratamiento más comúnmente prescrito en dispepsia), debilitando el valor de una investigación endoscópica adecuada y el enmascaramiento de una entidad clínica más grave²⁷.

Esto también implica el problema de la posibilidad de recurrencia de los síntomas terminando finalmente en estudios endoscópicos.

Dentro del abordaje clínico del paciente se deben tener en cuenta los diagnósticos diferenciales de la dispepsia: enfermedad ulcerosa péptica crónica, reflujo gastroesofágico, enfermedad maligna y dispepsia funcional.

Una úlcera péptica es encontrada en el 15 a 25 % de los casos, la úlcera crónica duodenal se asocia a infección por *Helicobacter Pylori* en el 95 % de los casos, y en el 70 % de los casos de úlcera de la pared gástrica, o por el uso de anti – inflamatorios no esteroideos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las características sociodemográficas, los hallazgos y las indicaciones de los estudios de esofagogastroduodenoscopia en los pacientes atendidos en el servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Ramón González Valencia ESE HURGV años 2000 al 2004 y Hospital Universitario de Santander ESE HUS año 2005.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Describir las características sociodemográficas de los pacientes llevados a esofagogastroduodenoscopia en el servicio de Gastroenterología del Hospital Universitario Ramón González Valencia ESE HURGV y Hospital Universitario de Santander ESE HUS entre los años 2000 a 2005.

3.2.2 Describir los resultados de patología de las biopsias realizadas durante los estudios de esofagogastroduodenoscopia llevados a cabo en el servicio de Gastroenterología del Hospital Ramón González Valencia ESE HURGV y Hospital Universitario de Santander ESE HUS entre los años 2000 a 2005.

3.2.3 Determinar la frecuencia de enfermedad acido peptica de los pacientes que asistieron al servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Ramón González Valencia ESE HURGV y Hospital Universitario de Santander ESE HUS durante el periodo determinado para el estudio.

4. METODOLOGIA

4.1 DISEÑO:

Estudio descriptivo.

4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA:

Todos los pacientes que fueron sometidos a esofagogastroduodenoscopia en el servicio de Gastroenterología del Hospital Ramón González Valencia ESE HURGV del 2000 al 2004 y Hospital Universitario de Santander ESE HUS en el año 2005.

4.3 DEFINICIÓN DE VARIABLES:

Se consideraron como variables la edad, género, procedencia, nivel socioeconómico del paciente. Diagnóstico clínico previo al estudio endoscópico, diagnóstico endoscópico, servicio solicitante del estudio, y resultado histopatológico de las biopsias tomadas durante la esofagogastroduodenoscopia.

EDAD: Se define como años cumplidos y se midió en escala de razón continua.

GENERO: Condición que diferencia a hombres y mujeres. Es definida como masculina o femenina, se midió en escala nominal dicotómica.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREVIO: Diagnóstico registrado por el médico solicitante. Se midió en escala nominal.

DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO: Definida por los hallazgos endoscópicos en el momento de la realización del estudio y se midió en escala nominal.

SERVICIO SOLICITANTE DEL ESTUDIO: Definida por el servicio de donde es generada la orden para la realización del procedimiento endoscópico de vías digestivas altas.

RESULTADO HISTOPATOLÓGICO: Se define como el resultado aportado por el servicio de patología de las biopsias tomadas durante las endoscopias y que tienen lesión susceptible de biopsia. Se midió en escala nominal.

PROCEDENCIA: Se define como el municipio donde el paciente ha vivido en los últimos 5 años.

4.4 RECOLECCION DE DATOS:

Para la recolección de los datos se elaboró y probó un instrumento que contenía las variables de interés del estudio. Se relaciona en la tabla 3.

Los datos del estudio fueron tomados de los registros de los informes endoscópicos que reposan en libros estadísticos, de datos recopilados de la base electrónica localizada en el computador del servicio de Gastroenterología y de las historias clínicas de los pacientes sometidos a esofagogastroduodenoscopia durante el periodo establecido.

4.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS:

Los datos recolectados fueron sistematizados en el programa Microsoft office Excel 2003 y posteriormente analizados con el programa estadístico STATA 9.0. Para la variable edad, medidas en escala de razón se utilizaron medidas de tendencia central (media, moda y mediana), de posición (cuartiles) y de dispersión (desviación estándar, valores mínimos y máximos). Las demás variables, medidas en escala nominal y ordinal se presentan como proporciones.

Basados en resultados de estudios previos donde se evidencian el mayor grupo de estudios normales entre los pacientes menores de 50 años y en los cuales es posible ofrecer tratamiento empírico de forma segura antes de la realización de endoscopia de vías digestivas altas, se clasificaron a los pacientes en menores de 50 años y mayores de 51 años.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS:

Para la realización del presente estudio se tuvieron en cuenta las recomendaciones dadas por la Resolución número 008430 de 1993 del ministerio de salud la cual lo clasifica como estudio sin riesgo donde se tomaron datos de registros médicos.

Los nombres de los pacientes incluidos en el estudio se mantuvieron en estricta confidencialidad y serán conocidos únicamente por los investigadores.

Los registros se manejarán mediante códigos y la identificación de los pacientes solo será conocida por el investigador principal.

La endoscopia de vías digestivas altas hace parte integral de un procedimiento usual el cual es aceptado por el paciente como parte de su tratamiento y por tanto no se solicita consentimiento informado para su realización.

Los resultados del estudio serán publicados en revistas médicas a nivel nacional.

INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

INDICACIONES Y HALLAZGOS DE LOS ESTUDIOS DE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA EN PACIENTES DEL HUS ENTRE LOS AÑOS 2000 AL 2005

A. NOMBRE Y APELLIDOS: _____

B. EDAD: _____ AÑOS CUMPLIDOS

C. GENERO:

1 MASCULINO () 0 FEMENINO ()

D. DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

C.C () TI () _____

E. PROCEDENCIA:

1 Área metropolitana de Bucaramanga

0 otros municipios

F. SERVICIO SOLICITANTE:

1 Medicina Interna.

2 Cirugía General.

3 Urgencias.

4 Consulta Externa.

5 Pediatría.

6 Otros Servicios.

7 UCI-A

8 Neurocirugía.

9 Oncología

G. DIAGNOSTICO CLINICO:

1 Hemorragia de vías digestivas altas.

2 Cáncer gástrico.

3 Cáncer de esófago.

4 Enfermedad acido péptica.

5 Disfagia.

6 Úlcera péptica.

7 Varices esofágicas.

8 Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

9 Otros diagnósticos clínicos.

10 Cuerpo Extraño en vías digestivas.

11 Síndrome anémico.

13 Intoxicación Exógena.

14 Estenosis Esofágica.

15. Trauma abdominal cerrado.

16. Síndrome pilórico.

17. CA boca

H. DIAGNOSTICO ENDOSCOPICO:

0 Endoscopia de vías digestivas normal

1 Úlcera gástrica

2 Úlcera duodenal

3 Gastritis (aguda o Crónica).

4 Varices esofágicas.

5 Cáncer gástrico.

6 Cáncer de esófago.

7 Esofagitis.

8 Hernia hiatal.

9 Otros hallazgos endoscópicos.

10 Mallory Weiss.

11 Duodenitis.

12 Síndrome de retención gástrica.

13 Compresión esofágica externa.

14 Escleroterapia varices o úlcera.

15 Gastropatía por aines.

16 Uncinariasis y/o ppi.

17 Dilatación esofágica.

18 Estenosis esofágica.

19 Acalasia.

20 Metaplasia Intestinal.

21 Extracción cuerpo extraño

22. Angiodisplasia

I. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO:

0 sin biopsia

1 Gastritis (aguda o crónica).

2 Cáncer Gástrico.

3 Cáncer de esófago.

4 Esofagitis.

5 Lesión premaligna.

6 Otros resultados de patología.

7 Pólipo.

8 Esófago de Barret

NOTA: ABRIL, MAYO Y JUNIO DE 2003 NO SE REALIZARON EVDA.

5. RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre Enero 01 del 2000 a Diciembre 31 de 2005 se realizaron 4139 procedimientos de endoscopia de vías digestivas altas en el Hospital Universitario Ramón González Valencia ESE HURGV y Hospital Universitario de Santander ESE HUS con un promedio de 690 estudios realizados por año comprendiendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Se debe tener en cuenta que durante el periodo comprendido entre Abril hasta Junio de 2003 no se realizaron endoscopias por falta de disponibilidad de endoscopio.

5.1 Distribución por edad:

La edad de presentación encontrada estuvo entre 14 y 89 años, con una mediana de 55 años, un promedio de 53 años y una desviación estándar de 19.3 años. 1788 (43.3%) de los pacientes tenían entre 14 y 50 años y 2341 (56.7%) eran mayores de 50 años. La distribución por grupos etáreos se muestra en la tabla 1.

5.2 Distribución por sexo:

De los 4139 pacientes 54.3 % eran hombres y 45.7 % eran mujeres. La distribución por edad y sexo se muestra en la tabla 2.

Tabla 4. Distribución por grupos etáreos.

EDAD (Años)	NÚMERO	%
0 – 39	1070	25.8 %
40 – 55	1064	25.7 %
56 – 69	993	23.9 %
70 Y más	1012	24.4 %
TOTAL	4139	100 %

Tabla 5. Distribución por edad y sexo.

RANGO EDAD	MUJER	HOMBRE	TOTAL
0-39 años	501	569	1070
40-55 años	436	628	1064
56-69 años	436	557	993
70 años y más	518	494	1012
TOTAL	1891	2248	4139

5.3 Procedencia:

El lugar de procedencia corresponde a 75 % del área metropolitana de Bucaramanga y el resto de fuera de ella.

5.4 Servicio solicitante: El servicio que más solicitó estudios de esofagogastroduodenoscopia fue el de consulta externa con un total de 1857 estudios correspondientes a un 44.8%, seguido de el servicio de urgencias con

1726 procedimientos correspondientes a un 41.7%. El resto de procedimientos corresponden a un 13.3% de los servicios de Medicina Interna y Cirugía General.

5.5 Diagnóstico Clínico:

La distribución de los pacientes en los diagnósticos clínicos más frecuentes se observan en la tabla 3.

El diagnóstico clínico más frecuente fue el de hemorragia de vías digestivas altas, de los cuales el 64.06 % corresponden a hombres, un 72.28 % fueron procedentes de Bucaramanga y 968 pacientes mayores de 50 años, el servicio que más endoscopias solicitó con este diagnóstico fue el de urgencias con un total de 1107 procedimientos correspondientes a un 72.21% seguidos de el servicio de consulta externa con un 12.92%.

La segunda causa de solicitud de endoscopia de vías digestivas altas lo constituye la enfermedad ácido péptica. De los cuales un 58.73 % correspondieron a mujeres, 742 pacientes fueron procedentes de Bucaramanga y un 58.54 % fueron pacientes menores de 50 años. El servicio de consulta externa solicitó un total de 720 endoscopias correspondientes a un 74.84% del total de estudios solicitados con este diagnóstico seguido de el servicio de urgencias con un 15.90% lo que corresponde a 153 endoscopias.

Tabla 6. Distribución de pacientes por diagnóstico clínico.

DIAGNOSTICO	NÚMERO	%
HVDA	1.533	37
EAP	962	23.2
CA GASTRICO	458	11
VARICES ESOFAGICAS	236	5.7
ERGE	217	5.2
DISFAGIA	181	4.3
ULCERA PEPTICA	131	3.1
CUERPO EXTRAÑO	116	2.8
CA ESOFAGO	73	1.7
SIND. ANEMICO	66	1.5
OTROS DIAGNOSTICOS	166	3.9
TOTAL	4139	100

El Cáncer gástrico se constituye en el tercer diagnóstico clínico más frecuente con el que se solicitan estudios de endoscopia de vías digestivas altas, de los cuales el 78.56% fueron pacientes mayores de 50 años, el 75.11% fueron procedentes de Bucaramanga, un total de 248 pacientes correspondían a genero masculino para un porcentaje del 54.15%. El servicio que mas procedimientos endoscopicos solicitó con este diagnóstico clínico fue el de Consulta Externa con un 50.22%, seguido de Urgencias con un 27.5%, Medicina Interna y Cirugía General con un 9.39% y 9.61% respectivamente.

Las varices esofágicas continúan en orden como el diagnóstico clínico más frecuente con un total de 236 procedimientos solicitados de los cuales el 60%

corresponden a pacientes mayores de 50 años, el 77.97% fueron procedentes de Bucaramanga, y el 63.14% correspondieron al genero masculino. El servicio que mas estudios solicito con este diagnóstico fue el de Consulta Externa con un 69.49% seguido de Urgencias con un 16.95% y Medicina Interna con un 12.71%.

El quinto diagnóstico clínico más frecuente fue el de Enfermedad por reflujo Gastroesofágico con un total de 217 procedimientos solicitados de los cuales un 67.74% fueron pacientes menores de 50 años, el 79.72% fueron procedentes de Bucaramanga y el 64.06% fueron mujeres. El servicio que con mayor frecuencia solicito endoscopias de vías digestivas altas fue el de Consulta Externa con un 85.71% seguido de Urgencias con un 7.37% y Medicina Interna con un 3.69%.

La disfagia se presento como diagnostico que justifique la solicitud de endoscopia de vías digestivas altas en el sexto lugar de frecuencia con un total de 180 procedimientos de los cuales el 67.22% correspondieron a pacientes mayores de 50 años, el 75.14% fueron procedentes de Bucaramanga y el 56.91% correspondieron a pacientes de genero masculino. El servicio que mas estudios de endoscopia de vías digestivas altas solicito con este diagnóstico fue el de Consulta Externa con el 67.40% del total de solicitudes, seguido de Urgencias con un 21.55% y Cirugía General con un 6.63%.

La úlcera péptica sigue en frecuencia como el diagnóstico clínico que más genero ordenes de endoscopia durante el periodo analizado, con un total de 131 procedimientos, de los cuales el 52.67% corresponden a pacientes menores de 50 años, el 83.97% fueron pacientes procedentes de Bucaramanga y el 54.20% de los procedimientos se realizaron en hombres. Con un 75.57% el servicio de Consulta Externa fue el que más estudios de vías digestivas altas solicito, seguido de urgencias y Medicina Interna con un 18.31% y 3.05% respectivamente.

La presencia de cuerpo extraño en el tracto digestivo alto se constituye en la octava causa para la solicitud de estudios de endoscopia de vías digestivas altas con un total de 116 estudios, de los cuales el 62.07% fueron pacientes menores de 50 años, el 75.86% fueron procedentes de Bucaramanga y el 56.90% de las endoscopias se realizaron en mujeres. El servicio de Urgencias con un 87.93% fue el que mas endoscopias solicito con este diagnostico, seguido de Consulta externa con el 11.21%.

La sospecha de cáncer de esófago genero la solicitud de endoscopia de vías digestivas altas en 72 pacientes de los cuales el 77.78% de los pacientes eran mayores de 50 años, el 80.82% eran procedentes de Bucaramanga y el 52.05% fueron hombres. El servicio que con mayor frecuencia solicito estudios de endoscopia de vías digestivas altas con esta sospecha fue el de Consulta Externa con un 67.12%, seguido de Urgencias con el 17.81% y Cirugía General con el 6.85%.

El síndrome anémico con sospecha de perdidas ocultas procedentes del tracto digestivo genero un total de 66 solicitudes correspondientes a un 1.6% del total de solicitudes, de los cuales el 74.24% correspondieron a pacientes mayores de 50 años, el 74.24% fueron personas procedentes de Bucaramanga y el 56.06 fueron hombres. El servicio que mas estudios de endoscopia de vías digestivas altas solicito con este diagnóstico fue el de Consulta Externa con el 36.36%, seguido de Urgencias con el 34.85% y Medicina Interna con el 21.21%.

La estenosis esofágica genero un total de 41 órdenes de endoscopia de vías digestivas altas de las cuales el 60.98% fueron pacientes mayores de 50 años, el 85.37% eran procedentes de Bucaramanga y el 73.17% eran hombres. El servicio que mas estudios solicito por este diagnóstico fue el de Consulta Externa con el 58.51%, seguido de Urgencias con el 19.51% y Cirugía General con el 7.32%.

Las intoxicaciones exógenas generaron un total de 26 solicitudes de las cuales el 92.31% correspondieron a pacientes menores de 50 años, el 80.77% procedían de Bucaramanga y el 69.235 fueron mujeres. El servicio que mas genero ordenes fue el de Urgencias con el 92.31%, seguido de Cirugía General y Consulta Externa con el 3.85% cada una.

En cuanto a los hallazgos endoscopicos más frecuentes están la gastritis aguda con un total de 1105 estudios positivos del total de endoscopias realizadas, de las cuales un 59.19 % corresponden a genero femenino, 839 fueron procedentes de Bucaramanga y un 52.40 % fueron estudios realizados en pacientes mayores de 50 años. El servicio que más procedimientos solicito fue el de Consulta Externa con el 61.81%, seguidos de Urgencias con el 24.80% y Medicina Interna con el 7.06%.

El segundo resultado endoscópico mas frecuente fue el de úlcera gástrica con un total de 477 endoscopias correspondientes a un 11.53 %, el 70.02 % fueron hombres, 368 pacientes procedentes de Bucaramanga y un 56.30 % fueron pacientes mayores de 50 años. El servicio que más endoscopias de vías digestivas altas solicito fue el de Urgencias con el 62.47%, seguido de Consulta Externa con el 23.90% y Medicina Interna con el 4.82%.

La úlcera duodenal se constituyo en el tercer diagnostico endoscópico más frecuente con un total de 8.02 % de los hallazgos endoscopicos de los cuales el 65.32 % fueron hombres, el 69.88 % procedentes de Bucaramanga y el 66.57 % fueron mayores de 50 años. El servicio que más estudios solicito fue el de Urgencias con el 61.14%, seguido de Consulta Externa con el 23.49% y Medicina Interna con el 5.42%.

La frecuencia de esofagitis fue del 7.90 %, de las cuales correspondieron a hombres en un 52.60 %, el 73.70 % procedentes de Bucaramanga y el 59.82 % fueron mayores de 50 años.

En cuanto a los pacientes con cáncer gástrico la frecuencia hallada en los resultados de histopatología fueron de 283 casos de los cuales el 81.27 % fueron pacientes mayores de 50 años, el 62.9 % hombres y 73.14 % fueron pacientes procedentes de Bucaramanga.

Los estudios de endoscopia de vías digestivas que se catalogaron como normales correspondieron a 600 procedimientos un total de 14.5% de los procedimientos realizados. El 60.91% fueron pacientes menores de 50 años, 325 pacientes correspondieron a mujeres, el 83% de los pacientes procedían del área metropolitana de Bucaramanga, el servicio que más estudios de endoscopia de vías digestivas altas fue el de consulta externa con un 78% seguidos de Urgencias con un 16%.

5.6 Diagnóstico endoscópico: los resultados se resumen en la tabla 4.

5.7 Resultados de Patología:

El 89 % de los pacientes no se les tomó biopsia; luego no hay reporte. A quienes se les tomó biopsia 283 (6.8%) tenían CA gástrico.

Tabla 7. Distribución de pacientes por diagnóstico endoscópico.

DIAGNOSTICO	NÚMERO	%
GASTRITIS	1.105	26.7
ENDOSCOPIA NORMAL	600	14.5
ULCERA GASTRICA	477	11.5
ULCERA DUODENAL	332	8
ESOFAGITIS	327	7.9
CA GASTRICO	292	7
VARICES ESOFAGICAS	289	6.9
ESCLEROTERAPIA	177	4.2
HERNIA HIATAL	137	3.3
CA ESOFAGO	86	2
EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO	55	1.3
OTRAS PATOLOGIAS	262	6.3
TOTAL	4139	100

6. DISCUSION

Durante el periodo de tiempo comprendido entre el primero de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre de 2005 se reunieron datos de 4139 procedimientos de esofagogastroduodenoscopias realizadas en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Ramón González Valencia y Universitario de Santander, con el fin de describir las principales características clínicas y los más importantes hallazgos endoscópicos y conocer las patologías de mayor prevalencia en nuestra población.

Se evidencio que el 56.7 % de los pacientes eran mayores de 50 años y de ellos el 54.3 % correspondían a mujeres, de las cuales el 75 % de los pacientes procedían del área metropolitana de Bucaramanga.

La mayoría de procedimientos fueron solicitados desde el servicio de consulta externa con un 44.8% y de urgencias con un 41.7%, lo que esta en concordancia con la práctica diaria en donde estos dos servicios son los que mayor número de ordenes genera como parte de el estudio de los sintomas digestivos que allí se presentan.

La hemorragia de vías digestivas altas con un 37 % se estableció como el principal diagnóstico clínico para la solicitud de estudios de endoscopia de vías digestivas alta, seguido por la enfermedad ácido péptica con un 23.2 % y la sospecha de cáncer gástrico con un 11 % de las solicitudes.

Durante la realización de la endoscopia de vías digestivas altas la gastritis se constituyo en el primer hallazgo con un 26.7 % seguido de la enfermedad ulcerosa péptica con un 20 % distribuidos en 12 % para úlcera gástrica y 8 % para

duodenal. Llama la atención que el 14 % de los estudios endoscópicos se consideraron normales en donde el 61 % de los pacientes tenían menos de 50 años y el 54 % correspondieron a mujeres.

Las características clínicas y los hallazgos endoscópicos encontrados en nuestros pacientes difieren de los referidos en otros estudios, por ejemplo un estudio realizado en Noruega y publicado en BMJ en donde el 9 % de los pacientes que fueron llevados a endoscopia de vías digestivas altas para estudio de dispepsia presentaron úlcera péptica y 14 % esofagitis relacionada con enfermedad por reflujo gastroesofágico ³. En contraste con lo encontrado en nuestros pacientes en donde un 20 % de ellos presentaron úlcera péptica, tal vez en relación con diferencias socioeconómicas que en este caso tienen relevancia con la mayor prevalencia de infección por *Helicobacter Pylori* y este a su vez con mayor aparición de enfermedad ulcerosa péptica.

En otra investigación llevada a cabo en Canadá por Thomson y publicada en BMJ se encontró una prevalencia del 5 % para úlcera péptica en contraste con la ya mencionada del 20 % en nuestra población ⁴.

En nuestro medio existen pocos trabajos de investigación que hagan referencia a las características socio demográficas y hallazgos de estudios de endoscopia digestiva alta. Una de estas investigaciones se llevo a cabo en la clínica Rafael Uribe Uribe de Cali en donde la doctora Mónica bejarano realizó un estudio analítico de tipo casos y controles, donde se incluyeron 1155 individuos que consultaron por sintomatología digestiva y en quienes 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. Nuestra recomendación es la de realizar estudio de endoscopia de vías digestivas altas en aquellos pacientes con síntomas de dispepsia mayores de 40 años y en aquellos con síntomas y signos de alarma únicamente, al contrario de lo descrito por este estudio ²⁸.

Como se describió previamente más del 40 % de los estudios de endoscopia de vías digestivas altas normales se realizaron en pacientes menores de 40 años y de ellos el 20 % correspondieron a mujeres. Esta diferenciación se hizo teniendo en cuenta que incidencia de enfermedad incrementa con la edad, así en los pacientes mayores de 50 años de edad con aparición de nuevos síntomas de dispepsia o en los menores con la presencia de síntomas de alarma el estudio de endoscopia de vías digestivas altas se considera costo efectivo, como lo evidencio un estudio realizado por Delaney y publicado en The Lancet, en donde estudio 422 pacientes ⁶. Se encontró que en los pacientes sometidos a endoscopia de vías digestivas altas con indicación precisa basados en la edad o presencia de síntomas de alarma hubo una reducción de hasta el 48 % en la necesidad de inhibidores de la bomba de protones, lo cual se constituye en otra razón válida para la adecuada evaluación de los pacientes antes de realizar el estudio endoscópico.

Un total de 232 procedimientos endoscópicos se realizaron con fines terapéuticos como extracción de cuerpo extraño, escleroterapia de varices esofágicas, dilatación de estrechez esofágica. La mayoría de estas órdenes son generadas en el servicio de urgencias.

En cuanto a los hallazgos de patología se encontró cáncer gástrico en 283 muestras y cáncer de esófago en 83 de ellas. No se describieron las características como localización de la lesión o histología de las mismas por no tener una base de datos para tal finalidad.

La principal debilidad del presente estudio fue la de establecer asociaciones causales en cuanto a la presencia de factores de riesgo para patologías específicas como hemorragias de vías digestivas altas por enfermedad ulcerosa péptica o infección por *Helicobacter Pylori*. Debe recordarse que el estudio es descriptivo y como tal los objetivos principales fueron los de describir las principales características sociodemográficas de los pacientes llevados a esofagogastroduodenoscopia durante el periodo destinado a ello. Otra de las grandes debilidades de nuestra investigación fue la de falta de accesibilidad completa a los datos de los pacientes objeto de la investigación, dada la situación específica de cambio de razón social de la institución, lo que trastorbo de forma importante la adecuada revisión de las historias clínicas y la pérdida de algunos datos sociodemográficos importantes.

La principal fortaleza de nuestra investigación fue la de conocer las principales características sociodemográficas de los pacientes a quienes se les realizó esofagogastroduodenoscopia en el periodo comprendido entre el primero de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre de 2005, lo cual se constituye el piedra angular para posteriores investigaciones en este campo de la investigación. Otra de las

fortalezas fue la brindar una base de datos con mas de 4000 pacientes recolectados durante el periodo de tiempo establecido que sirva para la adecuación de una base de datos sistematizada más completa que permita un mejor registro de las características de nuestros usuarios. Se dieron a conocer las principales causas de solicitud de endoscopia de vías digestivas altas y las principales patologías encontradas las cuales como se vio en los resultados de nuestra investigación difieren en cuanto a lo encontrado en la literatura mundial, Tal vez debido a diferencias sociodemográficas que favorecen la presencia de infección como *Helicobacter Pylori* en una gran proporción de nuestra población a diferencia de otras, y a otras, lo que en su momento favorece mas a la presencia de enfermedad ulcerosa péptica.

Se describieron adecuadamente las principales características de los pacientes en quienes se considero el estudio de endoscopia de vías digestivas altas normal, lo que puede servir para su identificación y adecuada utilización de recursos en el área de gastroenterología como es la indicación de el estudio endoscópico y así disminuir de manera importante los gastos médicos cuando el estudio no se encuentra bien indicado.

CONCLUSIONES

1. Se conocieron las características sociodemográficas, los hallazgos e indicaciones de 4139 endoscopias de vías digestivas altas realizadas en el periodo de tiempo comprendido entre el 1 de enero de 2000 y 31 de diciembre de 2005.
2. El 54% de los procedimientos de endoscopia de vías digestivas altas, realizadas en el servicio de gastroenterología del Hospital Universitario Ramón González Valencia ESE HURGV y Hospital Universitario de Santander ESE HUS fueron realizadas en mujeres y el 75% de los pacientes fueron procedentes del área metropolitana de Bucaramanga.
3. El diagnóstico clínico más frecuente para la solicitud de estudios de endoscopia de vías digestivas altas fue el de hemorragia de vías digestivas altas con un 37%, y la mayoría de solicitudes fueron hechas desde consulta externa y urgencias con más del 85%.
4. La enfermedad ulcerosa péptica se encontró en el 20 % de los estudios solicitados, lo que difiere de lo encontrado en otros estudios en donde llega al 9 %, lo que toma importancia dadas las diferentes condiciones de salubridad en donde se realizaron estos estudios.
5. No se cuenta con una base de datos completa en el servicio de gastroenterología que permita una adecuada recopilación y análisis de los datos de los pacientes que son llevados a estudios de endoscopia de vías digestivas altas.

RECOMENDACIONES

1. Se debe realizar estudio de endoscopia de vías digestivas altas a todo paciente mayor de 50 años de edad con nuevos síntomas de dispepsia, y a pacientes menores de 50 años solo si presentan síntomas y signos de alarma como son pérdida de peso de mas del 10% del peso basal, anemia ferropénica, disfagia o síntomas relacionados con reflujo gastroesofágico.
2. Se recomienda mejorar la base de datos del servicio de gastroenterología del Hospital Universitario de Santander ESE HUS, con el fin de tener información precisa de los pacientes sometidos a endoscopia de vías digestivas altas y así contar con una base sólida para posteriores investigaciones.
3. Se recomienda realizar una evaluación clínica adecuada previa a la realización de estudios de endoscopia de vías digestivas altas en los servicios de consulta externa y urgencias mediante la creación y distribución de guías de manejo de las patologías más prevalentes como hemorragia de vías digestivas altas y enfermedad acido péptica en especial si se acompaña de síntoma de reflujo gastroesofágico, con el fin de mejorar la atención de los usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

¹ Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, et al. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992;102(4 Pt 1):1259-68

² Quartero AO, Numans ME, Post MW, et al. One-year prognosis of primary care dyspepsia: predictive value of symptom pattern, *Helicobacter pylori* and GP management. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2002;14(1):55-60

³ DiMarino Benjamin, A.J.: *Gastrointestinal disease an endoscopic approach*. Ed. Slack Incorporated Thorofare 2ª Edición, 2002.

⁴ Thomson AB, Barkun AN, Armstrong D, et al. The prevalence of clinically significant endoscopic findings in primary care patients with uninvestigated dyspepsia: the Canadian Adult Dyspepsia Empiric Treatment--Prompt Endoscopy (CADET-PE) study. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;17(12):1481-91 [Erratum, *Aliment Pharmacol Ther* 2004;20(6):702]

⁵ Bytzer P, Hansen JM, Schaffalitzky de Muckadell OB, et al. Predicting endoscopic diagnosis in the dyspeptic patient: the value of predictive score models. Scand J Gastroenterol 1997;32(2):118-25

⁶ Delaney BC, Wilson S, Roalfe A, et al. Cost effectiveness of initial endoscopy for dyspepsia in patients over age 50 years: a randomised controlled trial in primary care. Lancet 2000;356(9246):1965-9

⁷ Lassen AT, Pedersen FM, Bytzer P, et al. *Helicobacter pylori* test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: a randomised trial. Lancet 2000;356(9228):455-60

⁸ Lassen AT, Hallas J, Schaffalitzky de Muckadell OB. *Helicobacter pylori* test and eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: 6.7 year follow up of a randomised trial. Gut 2004;53(12):1758-63

⁹ Heaney A, Collins JS, Watson RG, et al. A prospective randomised trial of a "test and treat" policy versus endoscopy based management in young *Helicobacter pylori* positive patients with ulcer-like dyspepsia, referred to a hospital clinic. Gut 1999;45(2):186-90

¹⁰ McColl KE, Murray LS, Gillen D, et al. Randomised trial of endoscopy with testing for *Helicobacter pylori* compared with non-invasive *H pylori* testing alone in the management of dyspepsia. BMJ 2002;324(7344):999-1002 [Errata, BMJ 2002;325(7362):479 and 2002;325(7364):580]

¹¹ Delaney BC, Moayyedi P, Forman D. Initial management strategies for dyspepsia. Cochrane Database Syst Rev 2003;2:CD001961

¹² Manes G, Menchise A, de Nucci C, et al. Empirical prescribing for dyspepsia: randomised controlled trial of test and treat versus omeprazole treatment. BMJ 2003;326(7399):1118

¹³ Moayyedi P, Delaney BC, Vakil N, et al. The efficacy of proton pump inhibitors in nonulcer dyspepsia: a systematic review and economic analysis. Gastroenterology 2004;127(5):1329-37

¹⁴ Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection. The Maastricht Consensus Report. European *Helicobacter Pylori* Study Group. Gut 1997;41(1):8-13 [Erratum, Gut 1997;41(2):276]

¹⁵ Rubin G, Meineche-Schmidt V, Roberts A, et al. The management of *Helicobacter pylori* infection in primary care. Guidelines from the ESPCG. Eur J Clin Pract 1999;5:98-104

¹⁶ American Gastroenterological Association medical position statement: evaluation of dyspepsia. Gastroenterology 1998;114(3):579-81

¹⁷ Howden CW, Hunt RH. Guidelines for the management of *Helicobacter pylori* infection. Ad Hoc Committee on Practice Parameters of the American College of Gastroenterology. Am J Gastroenterol 1998;93(12):2330-8

¹⁸ Olden KW. Ed Handbook of Functional Gastrointestinal Disorders. New York, Marcel Dekker, 1996.

¹⁹ Adang RP, Vismans FJ, Talmon JL, Hasman A, Ambergen A, Stockbruger W. Appropriateness of indications for diagnostic upper gastrointestinal endoscopy: association with relevant endoscopic disease. Gastrointest Endosc 1995;42:390-7.

²⁰ Frohlich F, Repond C, Mullhaupt B, Vader JP, Burnand B, Schneider L, et al. Is the diagnostic yields of upper GI endoscopy improved by the use of explicit panel-based appropriateness criteria? Gastrointest Endosc 2000;52:333-41.

²¹ Minoli G, Prada A, Gambetta G, Formenti A, Schalling R, Lai L, et al. The ASGE guidelines for the appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy in an open access system. *Gastrointest Endosc* 1995;42:387-9.

²² Linda Rabeneck, MD, MPH, Kimberly Wristers, PhD, Julianne Soucek, PhD, Eunice Ambriz, RN. Impact of upper endoscopy on satisfaction in patients with previously uninvestigated dyspepsia. *Gastrointestinal endoscopy volume 57, No. 3, 2003.*

²³ Rabeneck L, Wray NP, Graham DY. Managing dyspepsia: what do we know and what do we need to know? *Am J Gastroenterol* 1998;93:920-4.

²⁴ Patel P, Khulusi S, Mendall MA, Lloyd R, Jazrawi R, Maxwell JD, et al. Prospective screening of dyspeptic patients by *Helicobacter pylori* serology. *Lancet* 1995; 346:1315-8.

²⁵ Locke GR, Talley NJ, Fett S, Zinsmeister AR, Melton LJ III. Prevalence and clinical spectrum of gastroesophageal reflux in the community. *Gastroenterology* 1997;112:1448–1456.

²⁶ Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton III LJ. Dyspepsia and dyspepsia subgroups: a population-based study. *Gastroenterology* 1992;102:1259–1268.

²⁷ Talley NJ, Weaver AL, Tesmer DL, Zinsmeister AR. Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. *Gastroenterology* 1993; 105:1378–1386.

²⁸ Bejarano M, Correlación clínica en enfermedad ulcerosa diagnosticada por endoscopia. *Rev Colomb Gastroenterol* 2004;19:247-252.