



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRABAJO DE TITULACIÓN:

**CORRELACIÓN CLÍNICA DE LOS HALLAZGOS
ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON
SÍNDROME DISPEPTICO.**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO**

AUTORES:

EMILY LILIBETH ACOSTA VILLAO

TAMMY EDITH BEDOR JUMBO

TUTORA:

MD. JOSEFINA RAMIREZ AMAYA

GUAYAQUIL-ECUADOR

2020

II

ANEXO VII.- CERTIFICADO PORCENTAJE DE SIMILITUD

Habiendo sido nombrado **DRA. RAMÍREZ AMAYA JOSEFINA**, tutora de trabajo de titulación certifico que el presente trabajo de titulación ha sido elaborado por **ACOSTA VILLAO EMILY LILIBETH** con **C.I. 0951201250**, y **BEDOR JUMBO TAMMY EDITH** con **C.I. 0953581758**, con mi respectiva supervisión como requerimiento parcial para la obtención del título de MÉDICO

Se informa que el trabajo de titulación: ***“CORRELACIÓN CLÍNICA DE LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DISPÉPTICO”*** ha sido orientado durante todo el periodo de ejecución en el programa antiplagio URKUND quedando el 3 % de coincidencia.



Document Information

Analyzed document	TESIS ACOSTA E. - BEDOR T. archivo para urkund.docx (D80446801)		
Submitted	10/1/2020 11:00:00 PM		
Submitted by	josefina ramirez		
Submitter email	josefina.ramireza@ug.edu.ec		
Similarity	3%		
Analysis address	josefina.ramireza.ug@analysis.unkund.com		

Sources included in the report

	URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207968/ Fetched: 10/1/2020 11:01:00 PM		2
	URL: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000200009 Fetched: 10/1/2020 11:01:00 PM		1
	URL: https://glifos.umg.edu.gt/digital/48163.pdf Fetched: 7/8/2020 1:09:53 AM		1


DRA JOSEFINA RAMIREZ AMAYA
No. C.I. 0906081492



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	“Correlación clínica de los hallazgos endoscópicos e histológicos en síndrome dispéptico”		
AUTOR(ES):	Acosta Villao Emily Lilibeth	Bedor Jumbo Tammy Edith	
REVISOR(ES)/TUTOR(ES):	Tutor: Dra. Josefina Ramírez A.	Revisor: Dra. Carlota Palma E.	
INSTITUCIÓN:	Universidad de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Medicina General		
GRADO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	Noviembre 2020	No. DE PÁGINAS:	86
ÁREAS TEMÁTICAS:	Salud Humana		
PALABRAS CLAVES/KEYWS:	Dispepsia, Signos y Síntomas, Técnicas de Diagnóstico del Sistema Digestivo		

RESUMEN:

Introducción: La dispepsia es un trastorno del aparato gastrointestinal que se encuentra asociado a una disfunción del proceso digestivo, y que actualmente es de gran prevalencia en la salud pública de toda sociedad moderna.

Objetivo: Determinar la correlación de las características clínicas del síndrome dispéptico con los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el área de consulta externa de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2019- 2020.

Metodología: estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, observacional, analítico y correlacional, presentando como población total de estudio a 387 pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

Resultados: En este trabajo se constató que este trastorno es más frecuente en mujeres (n=67,2%), y el grupo etario más afectado es el de 40-64 años (n=55,3%). En cuanto la caracterización clínica más frecuente fue la de epigastralgia como único síntoma (n=40,1%); mientras que en los hallazgos globales en endoscopia se encontraron 4 tipos de hallazgos: normales (n=57,7%), inflamatorios (n=21,2%), preneoplásicos (n=14,8%), y otros (n=6,3%). El hallazgo histológico más frecuente fue la gastritis crónica (n=66,7).

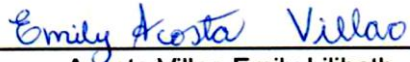
Discusión: Se pudo comprobar que el sexo no es muy prevalente para que un paciente sufra dispepsia, dado que en diversos estudios varía el sexo, teniendo similitud con otros estudios en cuando al grupo etario y la caracterización clínica.

Conclusión: Se puede concluir que existe una asociación significativa entre la clínica y los hallazgos endoscópicos e histológicos.

ADJUNTO PDF:	SI	NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: 0960530410 0988940680	E-mail: emily.acostav@ug.edu.ec tammy.bedorj@ug.edu.ec
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Universidad de Guayaquil	
	Teléfono: (03)2848487 Ext. 123	
	E-mail: www.ug.edu.ec	

**LICENCIA GRATUITA INTRANSFERIBLE Y NO EXCLUSIVA
PARA EL USO NO COMERCIAL DE LA OBRA CON FINES NO
ACADÉMICOS.**

Nosotros **ACOSTA VILLAO EMILY LILIBETH** con **C.I. 0951201250**, y **BEDOR JUMBO TAMMY EDITH** con **C.I. 0953581758** certificamos que los contenidos desarrollados en este trabajo de titulación, cuyo título es “ **CORRELACIÓN CLÍNICA DE LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DISPÉPTICO**” es de nuestra absoluta propiedad y responsabilidad , en conformidad al artículo 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS , CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, autorizamos la utilización de una licencia gratuita intransferible , para el uso no comercial de la presente obra a favor de la Universidad de Guayaquil, para que haga uso del mismo, como fuera pertinente.


Acosta Villao Emily Lilibeth
CI:0951201250


Bedor Jumbo Tammy Edith
CI: 0953581758

***CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN (Registro Oficial n. 899-Dic./2016)** Artículo 114.- De los titulares de derechos de obras creadas en las instituciones de educación superior y centros educativos.- En el caso de las obras creadas en centros educativos, universidades, escuelas politécnicas, institutos superiores técnicos, tecnológicos, pedagógicos, de artes y los conservatorios superiores, e institutos públicos de investigación como resultado de su actividad académica o de investigación tales como trabajos de titulación, proyectos de investigación o innovación, artículos académicos, u otros análogos, sin perjuicio de que pueda existir relación de dependencia, la titularidad de los derechos patrimoniales corresponderá a los autores. Sin embargo, el establecimiento tendrá una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra con fines académicos.

ANEXO VI. - CERTIFICADO DEL DOCENTE – TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Guayaquil, 26 de septiembre del 2020

Dr.
Byron López Silva
DIRECTOR(A) DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -

De mis consideraciones:

Envío a Ud. El informe correspondiente a la tutoría realizada al Trabajo de Titulación “CORRELACIÓN CLÍNICA DE LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DISPÉPTICO” de las estudiantes EMILY LILIBETH ACOSTA VILLAO y TAMMY EDITH BEDOR JUMBO, indicando que han cumplido con todos los parámetros establecidos en la normativa vigente:

- El trabajo es el resultado de una investigación
- El estudiante demuestra conocimiento profesional integral
- El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento
- El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de similitud y la valoración del trabajo de titulación con la respectiva calificación.

Dando por concluida esta tutoría de trabajo de titulación, **CERTIFICO**, para los fines pertinentes, que los estudiantes están aptos para continuar con el proceso de revisión final.

Atentamente.


Dra. Josefina Ramírez Amaya

TUTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN
C.I.0906081492
FECHA: Guayaquil, 26 de septiembre del 2020



ANEXO VIII.- INFORME DEL DOCENTE REVISOR FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE MEDICINA

Guayaquil, 12 de octubre de 2020

Dr.
BYRON ORLANDO LOPEZ SILVA
DIRECTOR (A) DE LA CARRERA DE MEDICINA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
Ciudad. -
De mis consideraciones:

Envío a Ud. el Informe correspondiente a la REVISIÓN FINAL del Trabajo de Titulación **“CORRELACIÓN CLÍNICA DE LOS HALLAZGOS ENDOSCOPICOS E HISTOLÓGICOS EN PACIENTES CON SINDROME DISPEPTICO”** de los estudiantes **EMILY LILIBETH ACOSTA VILLAO y TAMMY EDITH BEDOR JUMBO**. Las gestiones realizadas me permiten indicar que el trabajo fue revisado considerando todos los parámetros establecidos en las normativas vigentes, en el cumplimiento de los siguientes aspectos:

Cumplimiento de requisitos de forma:

El título tiene un máximo de **13** palabras.

La memoria escrita se ajusta a la estructura establecida.

El documento se ajusta a las normas de escritura científica seleccionadas por la Facultad.

La investigación es pertinente con la línea y sublíneas de investigación de la carrera.

Los soportes teóricos son de máximo **5** años. La propuesta presentada es pertinente.

Cumplimiento con el Reglamento de Régimen Académico:

El trabajo es el resultado de una investigación.

El estudiante demuestra conocimiento profesional integral.

El trabajo presenta una propuesta en el área de conocimiento.

El nivel de argumentación es coherente con el campo de conocimiento.

Adicionalmente, se indica que fue revisado, el certificado de porcentaje de similitud, la valoración del tutor, así como de las páginas preliminares solicitadas, lo cual indica el que el trabajo de investigación cumple con los requisitos exigidos.

Una vez concluida esta revisión, considero que los estudiantes están aptos para continuar el proceso de titulación. Particular que comunicamos a usted para los fines pertinentes.

Atentamente,

Nº C.I. 0906134911

FECHA: 12 de octubre de 2020

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo de titulación principalmente a Dios, por guiarnos y habernos dado fuerzas para continuar en este largo camino de obtener uno de nuestros anhelos más deseados.

A nuestras madres, por su amor, trabajo, paciencia, aliento y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta este momento y convertirnos en lo que somos. A nuestras familias y amigos, por el gran apoyo incondicional y por la fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

A las personas que hoy no se encuentran con nosotros, por todo el cariño, confianza, apoyo y por acompañarnos durante el tiempo que pudieron.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por todas las bendiciones dadas y por guiarnos a lo largo de nuestras vidas. Gracias a nuestros padres y demás seres queridos, por ser confiar y creer en nosotras, por apoyarnos en los días difíciles y darnos aliento y fortaleza para lograr nuestras metas.

Gracias a los docentes que durante nuestra trayectoria estudiantil aportaron con sus conocimientos, experiencias y consejos para nuestra formación profesional.

Agradecemos a todos aquellas personas, profesionales y amigos que nos ayudaron, guiaron y compartieron sus conocimientos durante la realización de este proyecto de investigación, con especial mención a los médicos del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo por su colaboración en responder nuestras inquietudes.

CONTENIDO

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I.....	6
1. EL PROBLEMA	6
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.3.1 OBJETIVO GENERAL.....	9
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	9
1.4 JUSTIFICACIÓN	9
1.5 DELIMITACIÓN.....	10
1.6 VARIABLES	10
1.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES	1
.8 HIPÓTESIS	1
CAPÍTULO II.....	2
MARCO TEÓRICO	2
2.1 DISPEPSIA	2

2.1.1 DEFINICIÓN.....	2
2.1.2 CLASIFICACIÓN	3
2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA	3
2.1.4 ETIOLOGÍA	5
2.1.5 FISIOPATOLOGÍA.....	7
2.1.6 CLÍNICA.....	16
2.1.7 DIAGNÓSTICO.....	17
2.1.8 TRATAMIENTO	18
2.2 DIAGNÓSTICO CLINICO, ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO EN SÍNDROME DISPETICO.....	21
2.2.2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	26
2.2.2.1 DEFINICION.....	26
2.2.2.2 HISTORIA.....	26
2.2.2.3 INDICACIONES.....	27
2.2.2.4 CONTRAINDICACIONES.....	28
2.2.2.5 COMPLICACIONES	29
2.2.3 DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO EN SÍNDROME DISPÉPTICO	31
2.2.3.1 ESÓFAGO.....	32

2.2.3.2	ESTÓMAGO	36
2.2.3.3	DUODENO	40
2.3	REFERENTES INVESTIGATIVOS (referentes empíricos)	41
2.4	MARCO LEGAL	43
CAPÍTULO III:.....		45
3.	MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1	METODOLOGIA	45
3.2	TECNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	46
3.3	POBLACIÓN QUE SE ESTUDIARÁ	46
3.3.1	CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO	46
3.3.2	Universo y Muestra	46
3.3.3	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	47
3.4	VIABILIDAD	47
3.5	DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION	48
3.6	RECURSOS HUMANOS Y FISICOS	48
3.7	INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA	49
3.8	METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS	49
3.9	CONSIDERACIONES BIOÉTICAS	49

3.10	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	50
3.9	PRESUPUESTO	50
	CAPÍTULO IV.....	51
4.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN	51
4.1	RESULTADOS.....	51
4.2	DISCUSIÓN	71
	Capítulo V	74
5.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	74
	CAPÍTULO VI.....	77
6.	BIBLIOGRAFÍA.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 CAUSAS MENOS FRECUENTES DE DISPEPSIA	7
Tabla 2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ROMA IV	24
Tabla 3 INDICACIONES PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.....	28
Tabla 4 CONTRAINDICACIONES PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.	28
Tabla 5 ESTADIFICACIÓN OLGA	37
Tabla 6 CLASIFICACIÓN DEL RDG DEL INSTITUTO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA DE CUBA.	39
TABLA 7: EDAD MEDIA, MÁXIMA Y MÍNIMA DE LA DISPEPSIA.....	51
TABLA 8: FACTORES DEMOGRÁFICOS.....	52
TABLA 9: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DISPÉPTICO	53
TABLA 10: FRECUENCIA DE EPIGASTRALGIA SOLA O ASOCIADA A OTRO SÍNTOMA	55
TABLA 11: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR POR TIPO DETALLADO DE LESIÓN	56
TABLA 12: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN GRUPOS GENÉRICOS	57
TABLA 13: DETALLE DE LESIONES A NIVEL DE ESTÓMAGO.....	58
TABLA 14: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN SÍNDROME DISPÉPTICO	59

TABLA 15: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN GRUPOS GENÉRICOS ..	60
TABLA 16: PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN SÍNDROME DISPÉPTICO	61
TABLA 17: TABLA CRUZADA HALLAZGOS HISTOLÓGICOS*HELICOBACTER PYLORI	62
TABLA 18: TABLA CRUZADA H. PYLORI*SEXO	63
TABLA 19: TABLA CRUZADA HELICOBACTER PYLORI*GRUPO ETARIO	65
TABLA 20: TABLA CRUZADA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA*HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	67
TABLA 21: TABLA CRUZADA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA*HALLAZGOS HISTOLÓGICOS	68
TABLA 22: TABLA CRUZADA HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS*HALLAZGOS HISTOLÓGICOS	69

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: EDAD MEDIA, MÁXIMA Y MÍNIMA DE LA DISPEPSIA.....	51
GRÁFICO 2: FACTORES DEMOGRÁFICOS.....	52
GRÁFICO 3: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DISPÉPTICO	54
GRÁFICO 4: FRECUENCIA DE EPIGASTRALGIA SOLA O ASOCIADA A OTRO SÍNTOMA	55
GRÁFICO 5: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR	56
GRÁFICO 6: ASOCIACIÓN DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS.....	57
GRÁFICO 7: FRECUENCIA DE LESIONES A NIVEL DE ESTÓMAGO ...	58
GRÁFICO 8: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN SÍNDROME DISPÉPTICO	59
GRÁFICO 9: ASOCIACIÓN DE HALLAZGOS HISTOLÓGICOS.....	60
GRÁFICO 10: PRESENCIA DE H. PYLORI EN SÍNDROME DISPÉPTICO	61
GRÁFICO 11: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS*H. PYLORI	62
GRÁFICO 12: H.PYLORI*SEXO.....	64
GRÁFICO 13: H. PYLORI*GRUPO ETARIO	66

GRÁFICO	14:	CARACTERIZACIÓN	CLÍNICA*HALLAZGOS	
ENDOSCÓPICOS				67
GRÁFICO	15:	CARACTERIZACIÓN	CLÍNICA*HALLAZGOS	
HISTOLÓGICOS				68
GRÁFICO	16:	HALLAZGOS	ENDOSCÓPICOS*HALLAZGOS	
HISTOLÓGICOS				69



**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN**

**“CORRELACIÓN CLÍNICA DE LOS HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS E
HISTOLÓGICOS EN SÍNDROME DISPÉPTICO”**

AUTORES: ACOSTA VILLAO EMILY LILIBETH

BEDOR JUMBO TAMMY EDITH

TUTOR: DRA. JOSEFINA RAMÍREZ AMAYA

RESUMEN

Introducción: La dispepsia es un trastorno del aparato gastrointestinal que se encuentra asociado a una disfunción del proceso digestivo, y que actualmente es de gran prevalencia en la salud pública de toda sociedad moderna. **Objetivo:** Determinar la correlación de las características clínicas del síndrome dispéptico con los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el área de consulta externa de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2019- 2020. **Metodología:** estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, de corte transversal, observacional, analítico y correlacional, presentando como población total de estudio a 387 pacientes que cumplieron con los criterios de selección. **Resultados:** En este trabajo se constató que este trastorno es más frecuente en mujeres (n=67,2%), y el grupo etario más afectado es el de 40-64 años (n=55,3%). En cuanto la caracterización clínica más frecuente fue la de epigastralgia como único síntoma (n=40,1%); mientras que en los hallazgos globales en endoscopia se encontraron 4 tipos de hallazgos: normales (n=57,7%), inflamatorios (n=21,2%), preneoplásicos (n=14,8%), y otros (n=6,3%). El hallazgo histológico más frecuente fue la gastritis crónica (n=66,7). **Discusión:** Se pudo comprobar que el sexo no es muy prevalente para que un paciente sufra dispepsia, dado que en diversos estudios varía el sexo, teniendo similitud con otros estudios en cuando al grupo etario y la caracterización clínica. **Conclusión:** Se puede concluir que existe una asociación significativa entre la clínica y los hallazgos endoscópicos e histológicos.

Palabras Claves: Dispepsia, Signos y Síntomas, Técnicas de Diagnóstico del Sistema Digestivo



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE MEDICINA
UNIDAD DE TITULACIÓN

"CLINICAL CORRELATION OF ENDOSCOPIC AND HISTOLOGICAL
FINDINGS IN DYSPEPTIC SYNDROME"

AUTHORS: ACOSTA VILLOO EMILY LILIBETH

BEDOR JUMBO TAMMY EDITH

ADVISOR: JOSEFINA RAMÍREZ AMAYA MD.

ABSTRACT

Introduction: Dyspepsia is a gastrointestinal tract disorder that is associated with a dysfunction of the digestive process, and which is currently highly prevalent in the public health of all modern society. **Objective:** To determine the correlation of the clinical characteristics of the dyspeptic syndrome with the endoscopic and histological findings in patients treated in the Gastroenterology outpatient area of the Teodoro Maldonado Carbo Specialty Hospital, period 2019-2020. **Methodology:** It is a study with a quantitative, non-experimental, cross-sectional, observational, analytical, and correlational approach, presenting as the total study population 387 patients who met the selection criteria. **Results:** In this work it was found that this disorder is more frequent in women ($n = 67.2\%$), and the age group most affected is that of 40-64 years ($n = 55.3\%$). As for the most frequent clinical characterization was epigastric pain as the only symptom ($n = 40.1\%$); While in the global findings in endoscopy, 4 types of findings were found: normal ($n = 57.7\%$), inflammatory ($n = 21.2\%$), preneoplastic ($n = 14.8\%$), and others ($n = 6.3\%$). The most frequent histological finding was chronic gastritis ($n = 66.7$). **Discussion:** It was found that sex is not very prevalent for a patient to suffer from dyspepsia, since in various studies the sex varies, having similarity with other studies in terms of age group and clinical characterization. **Conclusion:** It can be concluded that there is a significant association between clinical and endoscopic and histological findings.

Key Words: Dyspepsia, Signs and Symptoms, Diagnostic Techniques, Digestive System

INTRODUCCIÓN

La dispepsia es un trastorno del aparato gastrointestinal, caracterizado por una disfunción del proceso digestivo, y que se ha convertido en un problema de gran prevalencia en la sociedad actual.

Los síntomas dispépticos son comunes en la población general, con frecuencias que van del 10% al 45%. La frecuencia de la dispepsia es levemente mayor en mujeres que en hombres y en fumadores y usuarios de AINE, y la influencia de la edad varía entre los estudios. Se ha estimado que la incidencia anual de dispepsia varía del 1% al 6%.

Entre las principales causas que pueden originar este trastorno, tenemos aquellas de naturaleza orgánica, tales como enfermedades gastrointestinales (pancreatitis, úlceras, hepatitis, gastritis), diabetes, trastornos ginecológicos o tiroideos, e inclusive neoplasias de diverso origen digestivo o ginecológico. También puede originarse por estrés, alimentos ricos en grasas, consumo de ciertas drogas que lesionan la mucosa gástrica. Sin embargo, otras causas para la dispepsia pueden ser funcionales, en las cuales ocurre una digestión deficiente, producto de diversas alteraciones en el funcionamiento habitual del tracto gastrointestinal (secreción ácida aumentada o una hipersensibilidad al dolor).

Para el diagnóstico de este trastorno, contamos con parámetros clínicos tales como dolor epigástrico, distensión abdominal, náuseas, vómitos, saciedad precoz, flatulencia, distensión abdominal, plenitud posprandial y ardor epigástrico; parámetros endoscópicos como mucosa congestiva, hiperémica, edematosa, pólipos, úlceras, hernias, nódulos, erosiones, atrofia, entre otros. El diagnóstico definitivo podría considerarse que es el histológico, entre los cuales encontramos: gastritis crónicas en sus diversos estadios, gastritis erosivas, gastritis atróficas, úlceras gástricas, pólipos hiperplásicos, metaplasia intestinal, displasia, duodenitis o neoplasias.

Ante falta de hallazgos anormales, que nos indiquen la etiología de nuestra sintomatología, se tratara como una dispepsia funcional, que para su diagnóstico y subclasificación aplicaremos los criterios Roma IV que incluyen: el síndrome de dolor epigástrico (SDE) y el síndrome de distrés o angustia posprandial (SDP).

Estudios realizados en Cambodia en el año 2019, concluyeron que la dispepsia funcional y la asociada a infección por *Helicobacter pylori* son más frecuentes que la dispepsia orgánica, teniendo 93,1% y 6,9% respectivamente. También observaron que existen discrepancias entre los hallazgos endoscópicos y la sintomatología, como: pacientes con llenura posprandial, saciedad precoz, sólo presentaron eritema de la mucosa gástrica, mientras que los pacientes con dolor y ardor del epigastrio presentaron úlceras.

En Perú, a través de un estudio comparativo entre dos hospitales de diversos estrados socioeconómicos, se logró determinar que la edad que predominó en el Hospital Cayetano fue de 51, 8 años y de 47,5 años en la Clínica Anglo Americana, en ambos lugares el sexo que mayor prevalencia de infección por *H. Pylori* fue el femenino, y que la característica clínica más relevante de la infección por *H. Pylori* es las lesiones preneoplásicas o cáncer que esta puede causar.

Otro estudio realizado en India en el año 2019, indico que la dispepsia es una indicación frecuente de endoscopia, y que esta es considerada como prueba Gold estándar, además de que el diagnóstico más común es la gastritis (45,8%), seguida de la esofagitis (15,4%).

Mientras que en el estudio "*Evaluation of the endoscopic findings in patients with dyspepsia*", realizado en Urmia-Irán, se demostró coincidencias con la literatura, en lo referente a que el síntoma más frecuente que tienen los pacientes es la epigastralgia. En los hallazgos endoscópicos el 15% de los casos eran úlceras prepilóricas y el 20% úlcera antral, sin embargo, tres cuartas partes de los pacientes no presentaron anormalidades en la endoscopia. En cuanto a

la presencia de *H. Pylori*, estuvo presente en 38% de los casos, de estos, treinta acudieron por dolor en epigastrio y 8 por llenura posprandial.

En el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, la dispepsia es un motivo de consulta cada vez más frecuente entre los pacientes de este nivel de atención, razón por la cual se ejecutó este estudio, cuyo objetivo general fue determinar la correlación de las características clínicas del síndrome dispéptico con los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el área de consulta externa de Gastroenterología durante el periodo 2019- 2020

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La dispepsia es un trastorno del aparato gastrointestinal, asociado a una disfunción del proceso digestivo, que es de gran prevalencia en la salud pública de toda sociedad moderna.(1)

Para poder llegar al diagnóstico del síndrome dispéptico, contamos con parámetros clínicos como la epigastralgia, distensión abdominal, náuseas, vómitos, saciedad precoz, flatulencias, meteorismo, llenura posprandial y ardor en epigastrio; parámetros endoscópicos que se observan a nivel de la mucosa del esófago, estómago hasta la segunda porción del duodeno, tales como: mucosa hiperémica, mucosa congestiva, mucosa edematosa, mucosa pálida, pólipos, úlceras, hernias, nódulos, erosiones, atrofia de la mucosa, reflujo duodeno-gástrico, entre otras. En el caso de no encontrar no tener una causa orgánica que explique el cuadro clínico o no exista ningún hallazgo anormal en las pruebas diagnósticas, entonces se trataría de una dispepsia funcional, que para su diagnóstico y subclasificación contamos con los criterios Roma IV que incluyen: el síndrome de dolor epigástrico (SDE) y el síndrome de distrés o angustia posprandial (SDP). (1)

Además de los parámetros antes mencionados, para el diagnóstico de este trastorno también contamos con hallazgos histológicas, que ya nos orientan a un diagnóstico específico, entre los principales tenemos: esofagitis eosinofílica, esófago de Barret, várices esofágicas, hernias del hiato, gastritis crónicas (leves, moderadas, graves), gastritis erosivas, gastritis atróficas, úlceras gástricas, pólipos hiperplásicos, metaplasia intestinal, displasia, duodenitis o neoplasias.(1)

Las causas orgánicas de este cuadro dispéptico son debidas a un trastorno gastrointestinal, que abarca desde pancreatitis, úlceras, hepatitis, enfermedad

por reflujo gastroesofágico (ERGE), hasta diabetes, patologías ginecológicas, alteraciones tiroideas, e inclusive neoplasias de origen digestivo o ginecológico, no obstante, esto no sucede frecuentemente. Así mismo se puede originar debido al estrés, el consumo excesivo de grasas, consumo de ciertas drogas (alcohol, tabaco, ciertos medicamentos como los AINE) que lesionan la mucosa gástrica. Desde el punto de vista funcional, ocurre una digestión deficiente, que se produce por diversas alteraciones en el funcionamiento normal del tracto gastrointestinal, tales como una secreción ácida aumentada o una alta sensibilidad al dolor. Estos problemas pueden originarse por la ingesta de alimentos en un horario no adecuado, o también por una variación en el estilo de vida y en el tipo de alimentación. (2)

. En EE. UU se presenta entre el 20% y el 40% de la población general. Constituye un frecuente motivo de consulta tanto en el primer nivel de atención, como en posteriores niveles de atención, llegando a constituir hasta el 40% de las consultas al gastroenterólogo, a pesar de que solo 1 de cada 4 pacientes con síntomas de dispepsia, consulta a un médico. La dispepsia es una afección gastrointestinal que, en la actualidad, está generando bastante interés, ya que se ha demostrado su asociación con numerosos factores psicosociales, como el estrés, ansiedad y depresión. (3,4)

Respecto a la prevalencia de los diferentes subtipos de dispepsia, los estudios son escasos. En Brasil, Almeida et al, llevaron a cabo un estudio en la población de Belo Horizonte (548 personas) y hallaron que el 68.6% (376 individuos) presentaron algún síntoma dispéptico y que, de estos, la prevalencia de la dispepsia tipo funcional fue de 10.6%, dentro de la cual el 8,2% correspondía a el síndrome de incomodidad posprandial, y un 2,4% a el síndrome de dolor epigástrico.(5)

Debido a la alta prevalencia comunitaria, la dispepsia es un frecuente motivo de consulta médica en atención primaria, y a pesar de que sólo la cuarta parte de la población afecta consulta a un médico por su sintomatología de dispepsia, todo esto involucra significativos costos económicos relacionados al uso de los

servicios de salud por parte de la población con dispepsia., además, es una causa de molestia o angustia en un alto porcentaje de este grupo de pacientes. Aunque es considerada una afección benigna, en diversos casos, estamos ante un trastorno recidivante y que interfiere en las labores cotidianas, así como en la calidad de vida del paciente. Esto establece un substancial impacto en el ámbito personal y laboral, y a su vez tanto a nivel sanitario como económico. (1,3)

En el Ecuador, este trastorno también se presenta con bastante frecuencia. Es una de las principales causas de consulta en Gastroenterología en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo (HTMC) de la Ciudad de Guayaquil, sobresaturándola, a veces, de forma injustificada, puesto que la mayoría de estos pacientes pueden ser manejados en atención primaria, dado que cerca del 30% de los pacientes describe síntomas leves, el 60% son moderados y el 10%, describe síntomas graves. Sin embargo, estas son estimaciones aproximadas, pues existen pocas investigaciones o ensayos realizados.

De acuerdo con lo antes mencionado y a que en nuestro país no se cuenta con datos oficiales sobre esta afección; ya sea por la escasez de publicaciones o estudios científicos, nos vimos en la necesidad de determinar su incidencia en los población atendidos en el área de Consulta Externa del HTMC y así acercarnos a la realidad de la población ecuatoriana y a su vez, responder varias interrogantes respecto al tema.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se relacionan las características clínicas del síndrome dispéptico con los hallazgos endoscópicos e histológicos de los pacientes atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la correlación de las características clínicas del síndrome dispéptico con los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes atendidos en el área de consulta externa de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2019- 2020

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la prevalencia de los pacientes con síndrome dispéptico atendidos en el área de consulta externa de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2019-2020.
- Establecer las características clínicas de los pacientes considerados para el estudio.
- Identificar los hallazgos endoscópicos e histológicos de los pacientes con síndrome dispéptico atendidos en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, periodo 2019- 2020.
- Correlacionar las características clínicas con los hallazgos endoscópicos e histológicos del Síndrome dispéptico en pacientes del Área de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo.

1.4 JUSTIFICACIÓN

El síndrome dispéptico es un motivo de consulta frecuente en el área de Gastroenterología a nivel mundial, al igual que en nuestro país; razón por la cual en la mayoría de los casos se le realiza evaluación endoscópica. Este trabajo de investigación está orientado a establecer la existencia de asociación entre las características clínicas del síndrome dispéptico con los hallazgos endoscópicos e histológicos.

En nuestro país, específicamente en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, en la consulta externa de Gastroenterología, se observan un número importante de casos que ameritan ser investigados.

El tema de estudio tiene alto valor científico, pues nos permitirá aportar al sistema de salud, datos reales sobre esta patología, tales como la frecuencia y los hallazgos al efectuar la observación endoscópica e histológica, lo que contribuirá con la elaboración de protocolos orientados al manejo oportuno de este trastorno. De esta manera se logrará tener un acercamiento a la realidad de nuestros pacientes.

1.5 DELIMITACIÓN

Línea de investigación: Salud humana, animal y del medio ambiente

Sublínea: Biomedicina y epidemiología.

Área: Enfermedades digestivas. **Área específica:** Síndrome dispéptico

Campo: Diagnostico **Campo específico:** diagnóstico clínico, endoscópico e histológico.

Ubicación témporo-espacial: Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el período 2019 – 2020.

1.6 VARIABLES

Variable Independiente	Variables Dependiente:	Variables intervinientes:
Dispepsia	- Hallazgos endoscópicos - Hallazgos histológicos	Indicadores demográficos

1.7 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION	INDICADORES	ESCALA VALORATIVA	OPERACIONALIZACIÓN	TIPO DE VARIABLE	FUENTE
VARIABLE INDEPENDIENTE: Dispepsia	Enfermedad crónica caracterizada por la digestión laboriosa e imperfecta.	Presencia de síntomas Dispépticos. Caracterización clínica	Epigastralgia	0= NO 1= SÍ	Cuantitativo y Cualitativo Nominal dicotómica	Historia Clínica AS400
			Nauseas/vómitos	0= NO 1= SÍ		
			Saciedad temprana	0= NO 1= SÍ		
			Llenura Posprandial	0= NO 1= SÍ		
			Distensión abdominal	0= NO 1= SÍ		
			Ardor epigástrico	0= NO 1= SÍ		
			Flatulencias/meteorismo	0= NO 1= SÍ		
VARIABLE DEPENDIENTE: Hallazgos endoscópicos	Descubrimiento obtenido mediante el uso de endoscopia digestiva alta	Hallazgos en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta	Mucosa normal	0	Cuantitativa y cualitativo nominal politómica	Historia Clínica AS400
			Mucosa hiperémica	1		
			Mucosa congestiva	2		
			Pólipo	3		
			Hernia	4		
			Erosión/Atrofia	5		
			Metaplasia	6		
			Úlcera	7		

			Reflujo biliar	8		
			Otros	9		
VARIABLE DEPENDIENTE: Hallazgos Histológicos	Descubrimiento en base a muestras obtenidas mediante biopsia.	Resultado de biopsia	Normal	0	Cuantitativa y cualitativo nominal politómica	Historia Clínica AS400
			Gastritis crónica	1		
			Metaplasia Intestinal	2		
			Pólipos	3		
			Otras Gastritis	4		
		Otros	5			
		Presencia de <i>H. pylori</i>	<i>H. pylori</i>	0= NO 1= SÍ	Cuantitativa Nominal Dicotómica	
VARIABLE INTERVINIENTE: Indicadores demográficos.	Términos que expresan o representan aspectos del desarrollo, comportamiento, dimensiones, ubicación o evolución de una población.	Grupo Etario (Edad)	Años cumplidos	18-39 40-64 Mayores de 65	Cuantitativa	Historia Clínica
		Sexo	Masculino	0= Masculino 1= Femenino	Cuantitativa Nominal Dicotómica	AS400
			Femenino			

.8 HIPÓTESIS

H₀ No existe asociación estadística entre las características clínicas y los hallazgos endoscópicos e histológicos en síndrome dispéptico.

H₁ Existe asociación estadística entre las características clínico y los hallazgos endoscópicos e histológicos en síndrome dispéptico.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 DISPEPSIA

2.1.1 DEFINICIÓN

El término dispepsia originalmente se ha usado para definir cualquier síntoma relacionado con el tracto gastrointestinal superior. Sin embargo, las definiciones de dispepsia son heterogéneas y no existe una totalmente aceptada. El comité Roma, ha difundido parámetros más específicos, para definir a la dispepsia a través de los criterios Roma IV, los cuales, excluyen a pacientes con regurgitación y acidez estomacal, y por lo tanto excluyen a los pacientes con ERGE.(6)

En términos etimológicos, la palabra dispepsia proviene de los prefijos griegos “*dys*” que significa malo, difícil, alterado; y de “*pepsis*” que significa digestión, en conclusión, podríamos definirlo como mala digestión o indigestión. Según el consenso mexicano, realizado por un comité de expertos en el 2017, se conceptualizo a la dispepsia más bien como un síndrome, y lo ha definido como la existencia de malestar en la región epigástrica, que se caracteriza por ser periódico y crónico, que engloba síntomas variados tales como dolor, ardor, distensión, saciedad temprana, sensación de plenitud; y además aclaro que no se trata de un diagnóstico sino más bien de un conjunto de síntomas que probablemente tengan un principio común.(1,7)

Este término, del mismo modo, se utiliza para definir a una gama de síntomas situados entre el ombligo y el proceso xifoides (región epigástrica) y los flancos. También puede definirse como la presencia de molestia abdominal persistente, situada en la parte superior del abdomen que se ha manifestado en el transcurso de los últimos 12 meses, durante al menos ≥ 12 semanas, las cuales no es imprescindible que sean consecutivas.(8,9)

2.1.2 CLASIFICACIÓN

Como ya tratamos de definir, la dispepsia es un síndrome, no un diagnóstico, que abarca un grupo de trastornos recurrentes, remitentes y crónicos. Los pacientes con este síndrome pueden clasificarse en 2 categorías: Dispepsia funcional y Dispepsia orgánica. (1)

Hablamos de dispepsia funcional cuando, luego de realizadas las exploraciones diagnósticas, el resultado es normal o no se identifica alguna etiología de tipo orgánica para la sintomatología. Este tipo se define según los criterios de Roma IV y se subclasifica, a su vez, en síndrome de angustia posprandial y síndrome de dolor epigástrico, según predomine la hinchazón posprandial o la plenitud frente al dolor epigástrico respectivamente. A partir de estas, según algunos autores, podremos encontrar una tercera subclasificación que consiste en una superposición de las dos antes mencionadas. En cuanto a la dispepsia orgánica o secundaria, esta es aquella en la que una vez investigada, se ha revelado un orgánico o estructural específico causa de su sintomatología. (3,4,10)

2.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

La dispepsia es un padecimiento gastrointestinal muy frecuente, con uno de cada 5 individuos afectados a nivel mundial. Su prevalencia comunitaria en Estados Unidos se sitúa en el rango del 20-40%, representando el 3 al 5% de las consultas en el primer nivel de atención. Las principales razones por las que acuden son, en parte, por la frecuencia y severidad de la sintomatología, así como el aumento de la edad del paciente. Casi el 15% de los pacientes con dispepsia son referidos a un centro de atención secundaria para una mayor investigación y tratamiento. De los pacientes con dispepsia investigada, aproximadamente el 70% dieron negativo en sus estudios endoscópicos

y entre 50-60% aproximadamente, se clasificaron posteriormente como dispepsia funcional. (3,4)

Sin embargo, este trastorno, aunque no afecta la sobrevivencia, tiene un gran impacto negativo en la calidad de la misma, así como en la productividad económica, dado que puede existir ausentismo laboral. El costo en servicios sanitarios relacionados con este trastorno, tan solo en Estados Unidos se estima en aproximadamente \$ 18 mil millones por año, y esto sin contar con los costos relacionados con el impacto que tiene a nivel social y económico.(1,4)

La prevalencia de este trastorno, en México se ha reportado entre el 7 al 68%. El predominio de la dispepsia no investigada fue del 12%, según datos basados en un estudio poblacional realizado a más de 3,000 personas de diferentes regiones de dicho país. En Brasil, según datos obtenidos en un estudio realizado a 548 personas, el 68.6% tuvieron algún síntoma dispéptico. La prevalencia de la dispepsia funcional fue de 10.6%, dentro del cual el 8,2% cumplió criterios del síndrome de incomodidad posprandial, y un 2,4% para el síndrome de dolor epigástrico.(4)

CIFRAS EN EUROPA Y ASIA

- En un estudio realizado en Gran Bretaña, la prevalencia de dispepsia fue de aproximadamente el 40%.(5)
- Según una investigación ejecutada al norte de Suecia, en esta región la prevalencia de dispepsia funcional fue del 15,7%. En el 12.2% de la población estudiada se observó criterios para el síndrome de incomodidad posprandial, un 5.5% para el síndrome de dolor epigástrico y, un 1.7% para la superposición de dos síndromes.(5)
- En Bélgica, la prevalencia observada fue del 28%.
- La prevalencia de dispepsia funcional en Corea fue del 10,3%, y los subtipos de síndrome de angustia posprandial, síndrome de dolor

epigástrico y superposición del síndrome de dolor posprandial-dolor epigástrico fueron 4,8%, 3,0% y 2,5%, respectivamente.(11)

- La incidencia de dispepsia notificada en una población tailandesa fue aproximadamente 66%, en donde entre el 60-90% son diagnosticados con dispepsia funcional.(12)
- La prevalencia de dispepsia no investigada en estudios ejecutados en el sudeste asiático es del 21,6%., de los cuales en el 18% de los pacientes se identificó dispepsia orgánica. (12)

2.1.4 ETIOLOGÍA

De los pacientes con dispepsia, aproximadamente el 25 % tienen alguna causa orgánica subyacente. No obstante, hasta el 75% de estos pacientes tienen dispepsia funcional sin causa subyacente posterior a la exploración diagnóstica.(13)

Dispepsia orgánica.

Aunque existen varias, las causas principales son la úlcera péptica, el reflujo gastroesofágico, medicamentos (los AINE son los más común, antibióticos orales, glucocorticoides, narcóticos, levodopa, estrógenos, entre otros) y la neoplasia maligna gástrica.(13)

- **Enfermedad por úlcera péptica:** el dolor o molestias en el abdomen superior es el síntoma más destacado en pacientes con úlceras pépticas. Aunque las molestias causadas por las úlceras generalmente se centran en el epigastrio, en ocasiones pueden localizarse en los cuadrantes superiores derecho o izquierdo. Si bien los síntomas clásicos de la úlcera duodenal se producen de dos a cinco horas después de las comidas o con el estómago vacío, las úlceras pépticas pueden asociarse con síntomas provocados por los alimentos. Las úlceras pépticas también pueden estar asociadas con eructos posprandiales, plenitud

epigástrica, saciedad temprana, intolerancia a los alimentos grasos, náuseas y vómitos ocasionales.(13)

- **Neoplasia maligna gastroesofágica:** causa poco frecuente de dispepsia crónica en occidente, pero su incidencia es mayor en pacientes de raza asiática, hispana o afrocaribeña. Cuando está presente, el dolor abdominal tiende a ser epigástrico, vago y leve al comienzo de la enfermedad, pero más severo y constante a medida que la enfermedad progresa. (13)
- **Dolor biliar:** se caracteriza por un dolor sordo intenso y episódico ubicado en el cuadrante superior derecho, epigastrio o en el área subesternal, aunque esta es menos frecuente, que puede irradiarse hacia la espalda (hacia el omóplato derecho). No se ve exacerbado por el movimiento y no se alivia al ponerse en cuclillas, defecar o al pasar flatos. Dura al menos 30 minutos, estabilizándose en una hora, luego comienza a disminuir, con un ataque completo que generalmente dura menos de seis horas.(13)
- **Dispepsia inducida por fármacos:** los AINE y los inhibidores selectivos de la COX-2 pueden causar dispepsia incluso en ausencia de enfermedad por úlcera péptica. Otros medicamentos incluyen bloqueadores de los canales de calcio, alendronato, orlistat, suplementos de potasio, dabigatrán, hierro, vitamina D, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, sulfonilureas y ciertos antibióticos orales.(13)

Existen algunas causas que rara vez se presentan con dispepsia sola, algunas de estas mencionamos a continuación.

Tabla 1 CAUSAS MENOS FRECUENTES DE DISPEPSIA

Trastornos sistémicos (diabetes mellitus, trastornos de tiroides y paratiroides, enfermedad del tejido conectivo)
Parasitosis intestinal (Giardia, Strongyloides)
Enfermedad intestinal isquémica, síndrome de compresión de la arteria celíaca, síndrome de la arteria mesentérica superior
Dolor de la pared abdominal.
Trastornos metabólicos (hipercalcemia, hipercalcemia, toxicidad por metales pesados)
Enfermedades infiltrativas del estómago (Gastroenteritis eosinofílica, enfermedad de Crohn, sarcoidosis, linfoma y amiloidosis)
Hepatoma, esteatohepatitis.
Pancreatitis
Mala absorción de los carbohidratos.
Gastroparesia

Fuente: (Longstreth G. MD, Lacy B.MD, 2019)(13)

Elaborado por: E. Acosta – T. Bedor

Dispepsia funcional

Se usa el termino de dispepsia funcional describir los síntomas de dispepsia sin una etiología orgánica identificada, por lo que esclarecer su etiología es por más complicado, sin embargo, se han propuesto numerosos mecanismos fisiopatológicos, la mayoría de los cuales están dirigidos a las vías gastroduodenales, para explicar el trastorno. (3,13)

2.1.5 FISIOPATOLOGÍA

La dispepsia funcional, al ser un trastorno multifactorial y de naturaleza ambigua, ha resultado en la dificultad para esclarecer su fisiopatología de manera precisa. A través de los años, se han sugerido varios mecanismos potenciales que traten de esclarecer este cuadro. (13,14)

Se cree que la hipersensibilidad visceral y la motilidad gástrica anormal son las anormalidades fisiológicas que causan directamente los síntomas de la

dispepsia funcional, mientras que se cree que ciertos factores, que incluyen aumento de la secreción de ácido gástrico, infección por *H. Pylori*, anomalías psicofisiológicas, dieta, estilo de vida y forma del estómago; modifican la expresión de los síntomas e inducen dichas anomalías fisiológicas. Se cree que esos pacientes tienen una respuesta individual anormal al estrés, y la capacidad de respuesta se ve afectada por factores que incluyen el medio ambiente desde la primera infancia hasta la adolescencia, anomalías genéticas e inflamación residual posterior a una infección gastrointestinal. También se informó recientemente que la disbiosis puede estar relacionada con una respuesta individual anormal. Todos estos factores, mencionados con anterioridad, interactúan entre ellos e inducen síntomas dispépticos.(14,15)

- **Motilidad gástrica anormal:** la dispepsia funcional se ha asociado con diversos trastornos de la motilidad. Estos incluyen: leves retrasos en el vaciamiento gástrico, un rápido vaciamiento gástrico, hipomotilidad antral, disritmias gástricas y alteración en la acomodación gástrica en respuesta a una comida. Sin embargo, estos no se encuentran en todos los pacientes con dicho trastorno, el vaciamiento gástrico tardío y la hipomotilidad antral se encuentran en aproximadamente el 25-35% de los pacientes con dispepsia, mientras que hasta el 10% tienen un vaciado gástrico rápido. (14)
- **Hipersensibilidad visceral:** se caracteriza por una reducción del umbral para la inducción del dolor ante la presencia de distensibilidad gástrica normal. Tanto la disfunción mecanorreceptora como el procesamiento aberrante de la entrada aferente en la médula espinal o el cerebro pueden desempeñar un papel en la fisiopatología de la hipersensibilidad visceral. (14)

- **Trastorno psicológico:** Investigaciones que muestran que la angustia y la ansiedad pueden preceder a los síntomas dispépticos y que estos pueden inducir angustia y ansiedad. Por lo tanto, se ha propuesto un mecanismo bidireccional de la vía intestinal-cerebro.(3,15)

PAPEL DEL DUODENO EN LA FISIOPATOLOGIA DE LA DISPEPSIA FUNCIONAL.

Durante algún tiempo, se ha sospechado que los factores mencionados anteriormente no causan independientemente la sintomatología de dispepsia funcional, sino que contribuyen a la manifestación de los síntomas a través de un mecanismo en el que interactúan. Actualmente, se piensa que el duodeno está en el centro de esas interacciones y es el órgano clave en la fisiopatología de la dispepsia funcional con varios factores que inducen un mal funcionamiento gástrico, originando síntomas dispépticos, a través de sus efectos sobre él, y se ha propuesto dividir esos factores en 3 categorías: factores que gobiernan respuestas anormales al estrés, anormalidades fisiológicas que inducen directamente síntomas y factores que modifican esas anormalidades fisiológicas. (15,16)

LA FUNCIÓN FISIOLÓGICA GÁSTRICA Y EL DUODENO.

Si bien las anormalidades de la motilidad y la hipersensibilidad gástricas son factores que se consideran en relación directa con las manifestaciones de síntomas dispépticos, se conoce que dichos factores son inducidos por la estimulación del duodeno. De hecho, existen algunos informes de que la infusión de ácido o lípidos en el duodeno inducen síntomas dispépticos. Por ejemplo, en un estudio realizado por Lee et al., usando un baróstato para investigar los cambios en la función sensorio motora gástrica causada por la acidificación duodenal en 10 voluntarios sanos, se descubrió que la infusión de ácido clorhídrico 0,1 N en el duodeno provocó un estímulo en la relajación gástrica proximal, así como

una mayor sensibilidad a la distensión gástrica e inhibió la acomodación gástrica. El experimento mostró de manera clara, que la estimulación del duodeno por anomalías de la motilidad gástrica inducida por ácido e hipersensibilidad, causaron síntomas dispépticos. Lo que sugiere que el duodeno, puede ser el centro que controla las funciones fisiológicas del estómago. (15)

Sin embargo, la dispepsia normalmente no se presenta en personas sanas, ocurre de manera crónica o como resultado de una estimulación menor en pacientes con dispepsia funcional. Se presume entonces que, quizás, los duodenos de los pacientes con dispepsia funcional son diferentes de los de las personas sanas. Si el duodeno es la razón por la cual los síntomas dispépticos ocurren de manera diferente en pacientes con este trastorno, que en personas sanas, se podrían considerar 2 posibilidades: 1) la posibilidad de que los pacientes con dispepsia tengan un ambiente duodenal anómalo que de alguna manera proporcione la entrada de estimulantes en el duodeno, lo que a su vez causa diferencias de personas sanas en las sustancias presentes en el duodeno, como ácido, ácidos biliares, bacterias entéricas y lípidos; y 2) la posibilidad de que los duodenos de pacientes con esta afección sean más sensibles a la estimulación y, en consecuencia tienen una reacción excesiva a estímulos que no provocan una reacción en personas sanas. Es decir que, en pacientes con dispepsia, el ambiente duodenal se ha cebado. (15)

AMBIENTE DUODENAL EN PERSONAS CON DISPEPSIA FUNCIONAL.

Se debe considerar la posibilidad de que los pacientes con dispepsia funcional tengan un ambiente duodenal anormal. La infusión de ácido en el duodeno induce síntomas dispépticos, pero en según el estudio realizado por Collen y Loebenberg, al comparar la producción de ácido gástrico en pacientes con dispepsia con la de personas sanas, se descubrió que los pacientes no tenían niveles especialmente altos de

secreción de ácido. Sin embargo, Lee et al., encontraron que el pH duodenal postprandial fue significativamente menor en pacientes con dispepsia funcional grave que en los individuos sanos. Bratten y Jones, al monitorear el pH duodenal por radiotelemedría durante 48 horas, en pacientes con dispepsia y sanos, descubrieron que los pacientes habían aumentado la exposición al ácido duodenal después de las comidas y durante el día, y que el pH duodenal reducido estaba correlacionado con la saciedad temprana.(15,16)

Es difícil explicar por qué el pH duodenal en pacientes con dispepsia se reduce a pesar de que la secreción de ácido no aumenta especialmente, sin embargo, en un estudio realizado por Samsom et al. Se descubrió que cuando se infundía ácido en el duodeno de pacientes con dispepsia e individuos sanos, la motilidad duodenal y el aclaramiento ácido disminuía en los pacientes en contraste con la población sana. Dado los hallazgos mencionados, no se descarta la posibilidad de que la acidificación duodenal origine síntomas dispépticos.(15)

No obstante, el ácido no es lo único diferente en el ambiente duodenal de los pacientes con dispepsia funcional. Beeckmans et al., recientemente manifestó, que los componentes de ácido biliar presentes en el duodeno pueden variar entre los pacientes con dispepsia funcional y personas sanas, y Tziatzios et al. lanzaron la hipótesis de que el crecimiento excesivo de bacterias en el duodeno podría estar involucrado en la patogénesis de la dispepsia funcional. (15,16)

Por lo tanto, el duodeno de pacientes con este trastorno, podrían contener estimulantes que no se encuentran presentes en los mismos niveles en los individuos sanos. Si esto resultara ser cierto, el epitelio duodenal de pacientes con dispepsia puede cebarse por la exposición constante a estos estimulantes. Aunque no existen muchos estudios que aborden cómo los contenidos duodenales de los pacientes con dispepsia difieren de los de las personas sanas, la luz duodenal contiene una gran

variedad de estimulantes potenciales como el ácido, ácidos biliares, nutrientes, microorganismos y posibles alérgenos de los alimentos, y las diferencias en los niveles o composición de estos podrían relacionarse con los síntomas dispépticos(15).

SENSIBILIZACIÓN DEL DUODENO EN PACIENTES CON DISPEPSIA FUNCIONAL

Se ha planteado la hipótesis de que los duodenos de los pacientes con dispepsia son hipersensibles a la estimulación. Se piensa que incluso si la estimulación duodenal es la misma que en las personas sanas, estos pacientes podrían reaccionar exageradamente a esa estimulación debido al cebado de su mucosa duodenal. Esta hipótesis se encuentra respaldada por una gran cantidad de evidencia experimental. Por ejemplo, cuando se inyectaron lípidos y otros nutrientes en el duodeno, los pacientes con dispepsia presentaban síntomas significativamente más graves que los de las personas sanas, dichos resultados mostraron la excesiva capacidad de respuesta de la mucosa duodenal a los nutrientes. También demostraron que cuando se infundía ácido clorhídrico en el estómago, tenían síntomas dispépticos más graves que los de las personas sanas, lo que sugiere que los pacientes con dispepsia pueden reaccionar en exceso al ácido que ingresa al duodeno desde el estómago.(15,16)

Aunque el mecanismo de sensibilización duodenal no se conoce bien, se cree que probablemente se trate de una mayor permeabilidad y micro inflamación de la mucosa duodenal. El aumento de la permeabilidad de la mucosa facilitaría la penetración de la mucosa por los estimulantes presentes en la luz duodenal; luego, después de haber penetrado directamente en la mucosa, dichos estimulantes podrían estimular los nervios aferentes y las células inflamatorias submucosas. La presencia de micro inflamación indica que el número de células inflamatorias en la mucosa o submucosa ha aumentado, y dicho aumento daría lugar a una

mayor cantidad de mediadores liberados por esas células en respuesta a la estimulación. Tampoco podemos olvidar que las células epiteliales duodenales mismas podrían cebarse. Es posible que la estimulación o inflamación repetida provoque un aumento en el número de receptores nociceptivos en el epitelio duodenal y una disminución de su valor umbral. El contenido duodenal también puede estimular directamente el epitelio duodenal y hacer que produzca mediadores inflamatorios, pero hasta ahora no han existido estudios relacionados con dicho fenómeno. (15,16)

AUMENTO DE LA PERMEABILIDAD Y MICROINFLAMACIÓN DE LA MUCOSA DUODENAL.

Es posible que los duodenos de pacientes con dispepsia funcional presenten una mayor permeabilidad de la mucosa y una inflamación de bajo grado. En un estudio, Vanheel et al. midió la permeabilidad de la mucosa en muestras de biopsia duodenal de 15 pacientes con dispepsia que cumplían los criterios de Roma III y 15 voluntarios sanos, y descubrió que la permeabilidad de la mucosa era significativamente mayor en los pacientes con dispepsia. Por otra parte, Ishigami et al. midió la admisión de la mucosa, que está inversamente correlacionada con la impedancia de la mucosa, en pacientes con dispepsia e individuos sanos, y descubrió que la permeabilidad de la mucosa duodenal aumentó significativamente en los pacientes con dispepsia. (15)

La microinflamación y el aumento de la permeabilidad de la mucosa están tan estrechamente relacionados que pueden considerarse como dos caras de la misma moneda. Es decir, el aumento de la permeabilidad de la mucosa duodenal sugiere que hay inflamación en el duodeno. En efecto, se ha informado de un aumento en la permeabilidad de la mucosa, cambios en las proteínas de unión y otros hallazgos patológicos ocasionados por una ligera inflamación en algunos trastornos gastrointestinales como la colitis ulcerosa inactiva, enfermedad de Crohn

y otras enfermedades inflamatorias intestinales, gastritis por *H. Pylori*, y el daño inducido por ciertos fármacos como los AINE. (15,16)

En estudios ejecutados en Suecia y Reino Unido, se descubrió que la infiltración eosinofílica de la mucosa duodenal aumentaba de manera significativa en pacientes con dispepsia funcional, en comparación con la población sana. En otro estudio, se reveló que no solo los eosinófilos, sino también los mastocitos aumentaban en los duodenos de los pacientes con dispepsia funcional, en particular en la segunda porción del duodeno. No obstante, esa infiltración celular no es tan extensa como para ser vista en la observación microscópica; más bien, cuando las células inflamatorias en el tejido mucoso se cuentan cuidadosamente en pacientes con dispepsia e individuos sanos, los pacientes poseen recuentos significativamente más altos. Sin embargo, la inflamación de la mucosa duodenal en pacientes con dispepsia es muy leve.(15)

No existen teorías que expliquen claramente dichos fenómenos, pero hay evidencia de algunas explicaciones. Una posible explicación es que la inflamación podría permanecer después de una infección gastrointestinal en algunas personas (dispepsia funcional postinfecciosa). Mearin et al., realizó un estudio de cohorte, y encuestó a los participantes sobre sus síntomas antes y después de un brote de gastroenteritis por *Salmonella* ocurrido en España en el 2002, y evidenció que el riesgo de desarrollar dispepsia funcional era 5 veces mayor en las personas que habían experimentado gastroenteritis aguda causada por *Salmonella* durante el brote que en las personas sanas. Esta explicación está respaldada por el hallazgo de que la mucosa duodenal de pacientes con dispepsia funcional postinfecciosa contiene niveles más altos de células inflamatorias, así como células inmunes. Con la anterior evidencia, se sugiere que, al menos en algunos casos, la micro inflamación de la mucosa duodenal puede ser una inflamación residual que queda de la inflamación gastrointestinal aguda.(15)

Existe también evidencia de que los efectos mediados por los mastocitos del estrés psicológico pueden aumentar la permeabilidad de la mucosa. Según un estudio experimental, implementado por Vanuytsel et al., este sometió a voluntarios sanos a diferentes formas de estrés psicológico y midió el efecto sobre la permeabilidad de la mucosa intestinal utilizando la relación lactulosa-manitol como parámetro. Una de las formas de estrés fue un discurso público en el que los participantes presentaron su propia investigación a un gran grupo de personas, y esta forma de estrés psicológico, curiosamente provocó un aumento de la permeabilidad de la mucosa. El estudio también mostró que la administración de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) aumentó la permeabilidad de la mucosa, y que la pre-administración del cromoglicato disódico del estabilizador de mastocitos suprimió los aumentos inducidos por el habla y la CRH en la permeabilidad de la mucosa. En base a esos hallazgos, se sugirió que los mastocitos podrían estar involucrados en la mayor permeabilidad de la mucosa inducida por el estrés.(15)

Hay la posibilidad de que la disbiosis pueda aumentar la permeabilidad de la mucosa. Xu y col. revelaron que el estrés por evitar el agua causó hiperalgesia rectal y un aumento en la permeabilidad de la mucosa en ratas; así como que la administración previa de rifaximina, al ser mal absorbido evitó el aumento de la permeabilidad de la mucosa y alteró la composición de la población bacteriana en el íleon. Los resultados sugirieron que los cambios en las bacterias entéricas pueden aumentar la permeabilidad de la mucosa intestinal. Por lo tanto, se ha informado que la inflamación residual después de una infección gastrointestinal aguda y el estrés psicológico o físico agudo pueden aumentar la permeabilidad de la mucosa intestinal, pero se necesitarán más investigaciones al respecto.(15)

En resumen, la dispepsia ocurre porque los estímulos nocivos transmitidos desde la mucosa duodenal por los nervios aferentes causan

anormalidades de la motilidad e hipersensibilidad gástricas. En comparación con personas sanas, los pacientes con dispepsia pueden ser más propensos a los síntomas dispépticos porque su duodeno se ha vuelto más sensible a la estimulación. Se ha inferido que la micro inflamación y el aumento de la permeabilidad de la mucosa duodenal causan ese cebado, estudios han demostrado que esta puede permanecer incluso después de la infección gastrointestinal y el estrés psicológico puede aumentar la permeabilidad de la mucosa. (15)

Sin embargo, a pesar de todos los estudios y experimentos antes mencionados, aún no se conoce claramente por qué se producen dichas anormalidades fisiológicas gástricas, cómo se modifican los síntomas de dispepsia funcional y, la razón de por qué las infecciones gastrointestinales entre otros factores se encuentran íntimamente relacionados con la sensibilidad al estrés. En conclusión, la naturaleza exacta de la fisiopatología de la dispepsia funcional sigue siendo aún desconocida.(14)

2.1.6 CLÍNICA

Los síntomas de dispepsia incluyen una variedad de problemas gastrointestinales superiores. En estos síntomas se incluyen: el dolor epigástrico y ardor, siendo frecuente en el 60-70% de los casos, la sensación de “hinchazón después de una comida”, es decir llenura posprandial (80% de los casos), saciedad temprana (60-70%), distensión en región epigástrica (80%), náuseas (60%) y vómitos (40%). Los síntomas de dispepsia pueden ser agudos o crónicos, en cuyo caso puede tratarse de una dispepsia orgánica, es decir con una causa identificable subyacente. También se pueden mencionar algunos signos de alarma, tales como: disfagia progresiva, anorexia, sangrado gastrointestinal crónico, anemia ferropénica y pérdida de peso no intencional no progresiva, vómitos, masa epigástrica. Si se presentan

algunos de estos signos, se deberá realizar exploraciones diagnósticas, pues podrían deberse a una causa orgánica. (1,3,8,17)

Con la nueva clasificación de Roma IV, y la subdivisión de la dispepsia funcional en 3 categorías, estas también tendrán ciertas características clínicas que pueden esclarecer ante cual estamos tratando.(18)

- **Síndrome de angustia posprandial (PDS)**, se caracteriza por síntomas dispépticos inducidos por las comidas, como malestar, dolor, náuseas y saciedad.(17)
- **Síndrome de dolor epigástrico (EPS)**, tal y como lo indica su nombre, se refiere al dolor epigástrico, o ardor epigástrico, que no ocurre exclusivamente postprandialmente, dado que puede presentarse durante el ayuno e incluso puede mejorarse con la ingestión de comidas.(17)
- **PDS y EPS superpuestos**, que se caracterizan por síntomas dispépticos inducidos por las comidas y dolor epigástrico o ardor.(17)

2.1.7 DIAGNÓSTICO

Ante un paciente con dispepsia, es de vital importancia la elaboración de una buena la historia clínica, además de solicitar los exámenes complementarios adecuados, que nos orienten hacia el diagnóstico correcto. En la evaluación inicial, nos debemos fijar si hay la presencia de algún signo de alarma que nos indique una patología subyacente que nos oriente a que se trate de una dispepsia orgánica, en cuyo caso se realizaran exámenes específicos para investigar el origen de la misma.(17,18)

Ante una dispepsia no investigada, se solicitarán exámenes de laboratorio tales como una analítica sanguínea, test de intolerancia, ecografía abdominal, así como una prueba para investigar *H. pylori* tal como el “test and treat”, que es recomendada realizar a todos los pacientes con este tipo de dispepsia. De igual manera, la video

endoscopia digestiva alta, es una prueba importante en el manejo de la dispepsia no investigada y es imprescindible realizarla en los casos donde existen datos de alarma.(18)

2.1.8 TRATAMIENTO

Manejo de la dispepsia no investigada

Se enfoca al grupo de pacientes que no presenta síntomas de alarma. Ante la ausencia de estos, se recomienda una estrategia empírica de manejo de la dispepsia sin investigación endoscópica. La orientación actual que sugiere la NICE (The National Institute for Health and Care Excellence), es la de que a los pacientes sintomáticos se les ofrezca una terapia con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) en dosis completa durante un mes y, en caso de persistir los síntomas, se les debe hacer una prueba de infección por *H. pylori*, y en caso de esta ser positiva, tratarlos con terapia de erradicación. En casos persistentemente refractarios, se puede considerar probar un agente procinético si la plenitud posprandial y la satisfacción temprana son características clave. También es importante tener en cuenta los diagnósticos psicológicos y considerar el uso de antidepresivos y referencias para terapia psicológica. Sin embargo, la derivación a atención secundaria para una evaluación adicional también es apropiada.(19)

Manejo de la dispepsia investigada(19)

- En la enfermedad por reflujo gastroesofágico, se debe administrar una dosis completa de IBP durante uno o dos meses.
- En la esofagitis grave, se deben administrar IBP de dosis completa durante dos meses seguidos de una endoscopia repetida para evaluar la curación.
- La úlcera péptica requiere pruebas y tratamiento para *H. pylori*

- Las úlceras gástricas requieren una endoscopia repetida después de seis a ocho semanas de dosis completa de IBP, para garantizar que la úlcera gástrica se haya curado y no sea maligna.
- Las úlceras duodenales no necesitan endoscopia de seguimiento ya que el cambio maligno es extremadamente raro.
- Los pacientes investigados con hallazgos endoscópicos normales a menudo tienen dispepsia funcional y deben manejarse según la vía de dispepsia no investigada. Sin embargo, se pueden encontrar hallazgos endoscópicos normales en algunos pacientes dispépticos que tienen reflujo gastroesofágico no erosivo.

Tratamiento medicinal

Se recomienda principalmente como medida de apoyo en los intervalos sintomáticos. En ausencia de una terapia causal, la duración del tratamiento es, por lo tanto, limitada (de 8 a 12 semanas) y siempre está orientada a los síntomas principales. Por lo cual, en este contexto, es crucial que el médico y el paciente acuerden objetivos de tratamiento realistas, con énfasis en el alivio de los síntomas mediante la aplicación sistemática de varias opciones de tratamiento. Entre las opciones que se encuentran disponibles están las siguientes: 1) Inhibidores de la bomba de protones, 2) Tratamiento de erradicación de *H. Pylori*, 3) Antidepresivos, 4) Psicoterapia. (20)

Medicamentos supresores de ácido

Ensayos aleatorios multinacionales controlados de inhibidores de la bomba de protones (IBP) han demostrado un efecto favorable significativo contra la dispepsia funcional. Un metaanálisis mostró un efecto del tratamiento de 10 a 20% mayor para el IBP que para el placebo. En el análisis de subgrupos, los efectos del IBP se limitan al síndrome de dolor epigástrico o síntomas dispépticos con acompañamiento de reflujo, mientras que los síntomas de dismotilidad

en el sentido de un síndrome dispéptico posprandial no responden al IBP, lo que permite un enfoque terapéutico diferencial. Sobre los posibles efectos secundarios de los IBP, se puede afirmar que cuando se usan de acuerdo con las indicaciones, estos medicamentos son muy seguros, particularmente porque no se emplean para el tratamiento a largo plazo de la dispepsia funcional.(20)

Erradicación de *Helicobacter pylori* en dispepsia funcional

El efecto del tratamiento de erradicación de *H. pylori* en la dispepsia funcional ha sido objeto de una gran cantidad de ensayos controlados con placebo. Los metaanálisis de todos estos estudios muestran una diferencia significativa con un número necesario a tratar (NNT) de 15. Después de la erradicación de *H. pylori* en la dispepsia funcional positiva para *H. pylori*, alrededor del 10% de los pacientes permanecen libres de síntomas a largo plazo, mientras que en los pacientes restantes los síntomas persisten o regresan a pesar de la ausencia del patógeno. Sin embargo, en vista de la falta de tratamientos causales para la dispepsia funcional, la erradicación de *H. pylori* es una opción de tratamiento importante debido a su potencial curativo. (20)

Antidepresivos y Psicoterapia.

Los antidepresivos se usan después del fracaso de los tratamientos mencionados anteriormente. Se ha confirmado la eficacia para los antidepresivos tricíclicos, pero no para los inhibidores de la recaptación de serotonina. El estudio más grande hasta la fecha investigó el efecto de la amitriptilina (25 mg durante 2 semanas, luego 50 mg durante 10 semanas), escitalopram (10 mg durante 12 semanas) y placebo en un total de 292 pacientes. Si bien el escitalopram no mostró ningún efecto, la amitriptilina redujo la carga del síntoma predominante, el dolor abdominal, en comparación significativa con el placebo. Otros estudios también han demostrado que los antidepresivos son particularmente efectivos contra los síntomas de dispepsia cuando las quejas

predominantes son la comorbilidad abdominal y / o mental. También hay datos que respaldan el uso de la psicoterapia, que deben considerarse especialmente en el caso de resistencia al tratamiento.(20)

Procinéticos

Debido a que los trastornos de la motilidad son una posible causa subyacente de la dispepsia funcional, se puede considerar los procinéticos para el tratamiento. Un metaanálisis realizado en 14 estudios demostró que los procinéticos eran más efectivos que el placebo. Las sustancias más estudiadas fueron la cisaprida y la domperidona. La cisaprida fue retirada del mercado hace algún tiempo debido a su cardiotoxicidad, mientras que los efectos adversos de la domperidona y la metoclopramida restringieron su uso a largo plazo. Por lo tanto, actualmente no hay procinético que pueda usarse en la práctica clínica diaria.(20)

El selectivo 5-HT₄ la prucaloprida agonista es efectiva contra la dispepsia funcional cuando la indicación para el tratamiento es el estreñimiento refractario, pero no se han realizado ensayos controlados, por lo que la prucaloprida no ha sido autorizada. La aciotamida (un inhibidor del autorreceptor muscarínico y un inhibidor de la colinesterasa), la levosulpirida (antagonista selectivo de la dopamina-D₂) son otros fármacos procinéticamente activos que han demostrado su eficacia en estudios controlados pero que aún no han sido aprobados para su uso.(20)

2.2 DIAGNÓSTICO CLINICO, ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO EN SÍNDROME DISPETICO

2.2.1 DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Teniendo en cuenta la alta prevalencia de dispepsia y el gran número de individuos que acuden al médico con dichos síntomas, el propósito u

objetivo inicial del manejo de estos pacientes, es decidir cuáles pueden ser manejados empíricamente y cuáles deben ser remitidos para una evaluación diagnóstica adicional.(21)

Historia y examen físico

En todo paciente con cuadro dispéptico, se debe realizar un examen físico y, sobre todo, obtener una historia clínica completa, en donde se evaluará la naturaleza, frecuencia y cronicidad de los síntomas, así como la relación de estos, con la ingestión de las comidas y la posible influencia de factores dietéticos específicos. Algo de vital importancia, es determinar la cantidad de peso perdido, si está presente, al igual que otros síntomas de alarma como anemia, pérdida de sangre y disfagia, que nos podrían orientar a un trastorno de naturaleza orgánica. Los hallazgos físicos como una masa abdominal, organomegalia, ascitis o un resultado positivo en una prueba de sangre oculta en heces justifican una evaluación adicional.(21)

En pacientes con síntomas de larga duración, se debe investigar el motivo por el cual busca atención médica en este momento, de modo que se puedan abordar los miedos y preocupaciones específicos. Una evaluación adicional de los síntomas o signos de un trastorno sistémico (por ejemplo, diabetes mellitus, enfermedad cardíaca, enfermedad de la tiroides) y de la historia familiar y personal del paciente indicará si el paciente está en riesgo de una enfermedad orgánica particular que puede presentarse como dispepsia.(21)

Se debe prestar especial atención a la obtención de antecedentes de pirosis y un cuestionario con imágenes de palabras puede ayudar al paciente a reconocer el patrón de síntomas típico. El dolor urente localizado en epigastrio (epigastralgia) es un síntoma cardinal de dispepsia y no se considera pirosis a menos que se irradie retroesternalmente. La presencia de síntomas de reflujo frecuentes y

típicos debe llevar a un diagnóstico provisional de ERGE en lugar de dispepsia, y el paciente debe ser tratado inicialmente por ERGE.(21)

También se deberá evaluar la posible presencia de Síndrome del intestino irritable (SII) superpuesto, y si, los síntomas mejoran con las deposiciones o están asociados con cambios en la frecuencia o consistencia de las heces, esto nos conducirá a un diagnóstico presuntivo de SII. Puede ser de gran utilidad, el empleo de un cuestionario estructurado con pictogramas que incorpore la imagen verbal de la acidez estomacal para ayudar a identificar la naturaleza de los síntomas a diferencia de las náuseas, la ERGE y el SII.(21)

Se debe revisar el uso de medicamentos recetados y de venta libre, así como, otros medicamentos que comúnmente son asociados con la aparición de sintomatología dispéptica especialmente los AINE en los cuales se recomienda, suspender su ingesta si es posible. En los pacientes, que, por alguna circunstancia, no se puede suspender su uso, se puede considerar la posibilidad de probar un IBP. Sin embargo, diversas guías recomiendan realizar una evaluación endoscópica primero para excluir la presencia de úlcera péptica.(21)

Pruebas de laboratorio

No se ha establecido la rentabilidad de las pruebas de laboratorio de rutina, especialmente en pacientes más jóvenes con dispepsia no complicada. No obstante, la mayoría de los médicos considerarán las pruebas de rutina (hemograma completo, electrolitos séricos, calcio sérico, pruebas bioquímicas hepáticas y pruebas de función tiroidea) después de la edad de 45 a 55 años. Otros estudios, como el nivel de amilasa sérica, anticuerpos para la enfermedad celíaca, pruebas en heces. Las pruebas de huevos y parásitos o el antígeno de Giardia, y una prueba de embarazo, pueden considerarse en casos seleccionados.(21)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA DISPEPSIA FUNCIONAL

Si después de realizar las diversas pruebas diagnósticas, no tenemos una causa específica que nos indique que una patología está causando nuestro cuadro sintomático, podremos decir que estamos ante una dispepsia funcional, en cuyo caso, podríamos aplicar los criterios diagnósticos Roma IV, los cuales fueron actualizados en el 2019. (18)

Tabla 2 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS ROMA IV

Dispepsia Funcional Criterios diagnósticos: Uno o más de los siguientes 1. Plenitud postprandial molesta; Saciedad temprana molesta; Dolor epigástrico molesto; Ardor epigástrico molesto, y 2. No hay evidencia de enfermedad estructural (incluyendo alteraciones en la VEDA) que podría explicar los síntomas. Los criterios deben cumplirse durante los últimos 3 meses y los síntomas deben haber comenzado al menos 6 meses antes del diagnóstico
Síndrome de distrés posprandial (SDP) Se presentan 1 o ambos de los siguientes síntomas, al menos 3 días por semana: 1. Plenitud posprandial molesta (es decir, lo suficientemente grave como para afectar las actividades habituales) 2. Saciedad precoz molesta (es decir, lo suficientemente severa como para evitar terminar una comida de tamaño regular) No hay evidencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicar los síntomas en las investigaciones de rutina (incluido VEDA) Criterios de apoyo 1. También puede haber dolor o ardor epigástrico posprandial, distensión epigástrica, eructos excesivos y náuseas. 2. Los vómitos justifican la consideración de otro trastorno. 3. La acidez no es un síntoma de dispepsia, pero a menudo puede coexistir con el SDP.

4. Los síntomas que se alivian con la evacuación de heces o gases generalmente no deben considerarse parte del complejo de síntomas de dispepsia.
5. Otros síntomas digestivos individuales o grupos de síntomas (p. Ej., De ERGE o SII) pueden coexistir con el SDP

Síndrome de dolor epigástrico (SDE)

Incluye, al menos, 1 de los siguientes síntomas, por lo menos 1 día a la semana:

1. Dolor epigástrico molesto (es decir, lo suficientemente intenso como para afectar las actividades habituales)
2. 2. Ardor epigástrico molesto (es decir, lo suficientemente grave como para afectar las actividades habituales)

No hay evidencia de enfermedad orgánica, sistémica o metabólica que pueda explicar los síntomas en las investigaciones de rutina. (incluido en VEDA).

Criterios de apoyo

1. El dolor puede ser inducido por la ingestión de una comida, aliviado por la ingestión de una comida o puede ocurrir durante el ayuno.
2. También puede haber distensión epigástrica posprandial, eructos y náuseas.
3. Los vómitos persistentes probablemente sugieran otro trastorno
4. La acidez no es un síntoma de dispepsia, pero a menudo puede coexistir con EPS
5. El dolor no cumple los criterios de dolor biliar.
6. Los síntomas que se alivian con la evacuación de heces o gases generalmente no deben considerarse parte del complejo de síntomas de dispepsia.
7. Otros síntomas digestivos (como GERD e IBS) pueden coexistir con EPS

Fuente: (Sebastián Domingo JJ, 2017 - Francis P, Zavala SR.2020)(18,21)

Elaborado por: E. Acosta – T. Bedor

2.2.2 ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

2.2.2.1 DEFINICION

La endoscopia gastrointestinal, es una técnica que se ha utilizado hace muchos años para el diagnóstico y manejo terapéutico de enfermedades del tracto digestivo. La endoscopia digestiva alta, también llamada esófago gastro duodenoscopia o gastroscopia, nos permite explorar el tracto digestivo desde la cavidad oral, esófago, estómago, hasta típicamente la segunda porción del duodeno. Estos son endoscopios de visión frontal, que se usan con fines diagnósticos y terapéuticos para el manejo de las enfermedades gastrointestinales(22)

2.2.2.2 HISTORIA

Los primeros esfuerzos datan en Egipto, Grecia y Roma, el primer prototipo fue construido en 1805 por Phillip Bozzini, llamado lichtleiter, el cual tenía un tubo conductor de luz que se reflejaba a través de un espejo, el que usó para explorar el tracto urinario, vagina, recto. Este prototipo fue ampliamente criticado, dando como resultado que el desarrollo de otros modelos se viera interrumpido durante los siguientes 50 años aproximadamente.(23)

En 1953, Antonin J. Desormeaux, centró su prototipo en pacientes con trastornos urológicos, mejoró el diseño de Phillip Bozzini, poniendo una luz más intensa que la anterior, pero este no tuvo éxito por producir quemaduras durante la exploración. En 1869, Gustave Trouve, diseñó el primer endoscopio con luz eléctrica. En 1877, Maximilian Nitze, lo diseñó exclusivamente para explorar la vejiga. Estos endoscopios eran rígidos y provocaron una alta tasa de perforaciones del tubo digestivo, y fue en 1932 que Rudolph Schindler junto a George Wolf, diseñaron un gastroscopio semiflexible en su porción distal, siendo así que en 1942 le incorporaron un canal para la toma de biopsias.(23)

Ya en la década de los ochenta y noventa el fabricante Welch-Allyn presentó el primer video endoscopio. Fue en 1950 que la fibra óptica llamó el interés y sus primeros usos fueron en la endoscopia. Y en 1957 el primer endoscopio flexible con visión lateral, la calidad de la imagen superaba a la del endoscopio semiflexible, sin embargo, estos modelos tuvieron algunas desventajas, llegando a dañar la mucosa del tubo digestivo. Por la visión lateral no fue posible visualizar el esófago y parte proximal del estómago, por lo que debía pasar a ciegas.(23)

En el año de 1964, Phillip, desarrollo el esofagogastroscoPIO de visión frontal, el cual mejoraba la visión, pero debido a su longitud, la cual era de 90 cm no se lograba alcanzar a él duodeno. Sin embargo, en el año 1971, a este modelo se le aumentó 105 cm, además de contar con una visión frontal, canal para insuflar y aspirar, canal de biopsia y luz fría. Es decir, a partir de este momento, entramos a la endoscopia moderna.(23)

2.2.2.3 INDICACIONES

Los síntomas del tracto gastrointestinal superior son las quejas más comunes de los pacientes que llegan a consulta médica, con prevalencia de síntomas dispépticos en el 25% de los casos. La esofagogastroduodenoscopia es uno de los procedimientos que se realiza con mayor frecuencia y aporta más información en pacientes con trastornos esofágicos, gástricos y duodenales. Las indicaciones de la endoscopía digestiva alta, para su mejor práctica, se las divide en diagnósticas y terapéuticas:(24)

Tabla 3 INDICACIONES PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA

Indicaciones diagnósticas	Indicaciones terapéuticas
- Ingesta de cuerpos extraños - Hemorragia digestiva alta - Dispepsia - Reflujo gastroesofágico - Disfagia - Sangrado del tubo digestivo (hematemesis, melena) - Odinofagia - Dolor retroesternal - Anemia en estudio - Neoplasias	- Extracción de cuerpos extraños - Polipectomía - Disección de mucosa - Ablación de tumores - Dilatación de estenosis esofágicas - Colocación de sondas de nutrición - Gastrostomía

Fuente: González Avalos, M., & Linares Segovia, B. (2015).(24)

Elaborado por: E. Acosta – T. Bedor

2.2.2.4 CONTRAINDICACIONES

En general, son pocas las contraindicaciones para realizar la endoscopia digestiva alta, sin embargo, antes de realizarla debemos tener en cuenta el beneficio diagnóstico o terapéutico del procedimiento frente a los riesgos que puedan existir. El infarto de miocardio a pesar de ser una contraindicación relativa, un estudio retrospectivo informó que los pacientes hemodinámicamente estables con diátesis hemorrágica del tracto digestivo superior se corrigen antes de la endoscopia, sobre todo si se programa la terapéutica o la biopsia. Pueden dividirse en contraindicaciones absolutas y relativas, tales como: (25)

Tabla 4 CONTRAINDICACIONES PARA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.

Absolutas	Relativas
- No colaboración del paciente - Estado terminal - Perforación del tracto digestivo	- Infarto agudo de miocardio - Divertículo de Zenker - Insuficiencia respiratoria severa - Accidente cerebrovascular reciente

Fuente: Santacoloma Osorio, M. (2017) (25).

Elaborado por: E. Acosta – T. Bedor

2.2.2.5 COMPLICACIONES

Este se trata de un procedimiento seguro, por lo que es poco frecuente que se presenten complicaciones. El principal factor que genera preocupación al momento de practicar la endoscopia digestiva superior es que se realiza con frecuencia en pacientes con enfermedades crónicas.(26)

- Complicaciones derivadas de la sedación/anestesia: En estos pueden presentarse reacciones alérgicas, anafilaxia, depresión respiratoria, hipotensión.(26)
- Complicaciones cardiopulmonares: Es poco frecuente este tipo de complicaciones, se ha descrito hipoxia, apnea, dolor torácico, hipotensión, arritmia, broncoaspiración, infarto del miocardio.(26)
- Perforaciones: Complicación rara, por lo general se afecta el tercio distal del esófago, aparece en procedimientos de endoscopia terapéutica, como la dilatación, colocación de stent, en ocasiones puede presentarse hasta un Sx de Mallory – Weis iatrogénico. Al existir perforación, el paciente presentará dolor, localizado a nivel inferior del tórax y superior del abdomen, taquipnea, fiebre, taquicardia. Si hay una alta sospecha se recomienda realizar una TAC de tórax contrastada, y no hay que usar bario como método de contraste, porque este pasa hacia el mediastino a través de la perforación llegando a provocar una mediastinitis.(26)
- Hemorragias: Es una complicación rara e infrecuente en la endoscopia diagnóstica, y si se presenta por lo general se debe a un traumatismo causado por el paso del endoscopio a través del tubo digestivo, por la resección de tumores y dilataciones terapéuticas.(26)
- Incarceración del endoscopio: Ocurre si el paciente eructa en el momento que se realiza la maniobra de retroflexión para

poder examinar el fundus gástrico, lo que provoca que el endoscopio ascienda a través del esófago, pero en forma de “U” haciendo que se encarcele.(26)

Aspiración del contenido gástrico:

La aspiración puede presentarse por diferentes factores de riesgo como: hemorragia masiva, disminución del estado de conciencia, ausencia del reflejo de deglución, entre otros. Una de las maneras en que podemos disminuir el riesgo de aspiración es: evitar la sobrededación, la cabecera de la cama debe estar en un ángulo de 30°, ayunar 2 horas previo para líquidos y para sólidos 6 horas. Es necesario estar pendientes de que el paciente tenga una vía aérea asegurada, sobre todo si la sedación es profunda.(26)

Infecciones:

- Transmisión de microorganismos por material contaminado (infección exógena):
 - Virus: la transmisión de virus a través de procedimientos endoscópicos no es tan frecuente, ya que estos no pueden replicarse fuera de las células humanas, los virus implicados en esta infección son el virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C. A pesar de la seria preocupación por la posibilidad de transmisión del VIH durante las endoscopías, no se han reportado casos.(27)
 - Priones: la transmisión de priones a través de la endoscopia es posible, pero no hay informes en la literatura, ya que estos son altamente resistentes a los procedimientos de desinfección y esterilización.(27)

- Bacterias: fueron los principales agentes etiológicos de la mayoría de las infecciones relacionadas con la endoscopia. La *Salmonella spp*, fue el microorganismo más frecuente transmitido por el endoscopio, no ha habido informes de infección desde que se siguieron las pautas para desinfección y esterilización. *Pseudomona aeruginosa*, es una bacteria hospitalaria gram negativa, es el microorganismo más frecuente en las infecciones por endoscopia superior.(27)
- Transmisión de microorganismos desde el tubo gastrointestinal a otros órganos por medio del torrente sanguíneo (infección endógena): este proceso es conocido como bacteriemia, ocurre por el traumatismo de la mucosa digestiva, la incidencia de bacteriemia durante la endoscopia está entre un 0% al 8% en endoscopia superior diagnóstica, y del 0% al 54% posterior a la endoscopia superior terapéutica. Entre otras complicaciones infecciosas, se incluyen: septicemia, endocarditis, meningitis, apendicitis aguda y peritonitis. Los microorganismos aislados son: *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus spp*.(27)

2.2.3 DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO E HISTOLÓGICO EN SÍNDROME DISPÉPTICO

Antes de realizar el procedimiento, debemos informarle al paciente en qué consiste el estudio, las complicaciones que pueden llegar a presentarse, a pesar de que estas sean poco frecuentes. Es necesario contar con el equipo adecuado y conocer la historia clínica del paciente; el paciente debe estar en ayunas para evitar la broncoaspiración y antes de introducir el endoscopio se deben retirar las prótesis dentales, una vez hecho esto se aplica anestesia tópica y un protector bucal; para prevenir complicaciones por la anestesia se debe administrar oxígeno nasal.(28)

2.2.3.1 ESÓFAGO

- **Enfermedad por reflujo gastroesofágico:** es el ascenso del contenido gástrico, presenta manifestaciones esofágicas como pirosis, reflujo y disfagia; también manifestaciones extraesofágicas como dolor precordial, tos crónica, laringitis posterior, erosiones del esmalte de los dientes. Endoscópicamente la ERGE puede manifestarse con una variedad de cambios como la presencia de una hernia hiatal, y a nivel del tercio distal esofagitis erosiva, edema e hiperplasia (estenosis). (28,29)

Los hallazgos histológicos son de baja especificidad, por lo que actualmente no se recomiendan las biopsias en estos pacientes sin que presenten hallazgos anormales por endoscopia, sólo cuando la clínica es similar a la de la esofagitis eosinofílica, se observa: necrosis de las células epiteliales, inflamación intraepitelial con presencia de eosinófilos, linfocitos y alargamiento de la lámina propia de las papilas. La biopsia no confirma el diagnóstico de ERGE.(28,29)

- **Esófago de Barret:** Es el reemplazo del epitelio escamoso normal por epitelio columnar metaplásico, el que se origina por una ERGE de evolución crónica, lo que predispone a que se desarrolle un adenocarcinoma esofágico. Por lo general es asintomático, y la mayoría son evaluados por los síntomas que se presentan en una ERGE. El diagnóstico se logra mediante la endoscopia y se lo confirma con la biopsia la que demuestra la presencia de la metaplasia columnar con células caliciformes. (30)

De acuerdo con los hallazgos endoscópicos se utiliza la clasificación de Praga, que caracteriza la extensión de la metaplasia según la longitud y evolución: cuando el esófago de Barret es largo ≥ 3 cm y corto si es < 3 cm; clasificación de Paris, permite clasificar las lesiones de acuerdo a su morfología (elevadas, planas, deprimidas). En la endoscopia el esófago de Barret corto presenta variaciones: en unión

escamo columnar, en isla y en lengüeta o digitiforme, de estas la más frecuente es la forma de lengüeta. Estos pacientes deben tener un control endoscópico de manera periódica porque tienen un mayor riesgo de desarrollar displasia y por ende cáncer.(30)

- **Displasia:** En el esófago de Barret el epitelio escamoso puede ser reemplazado también por metaplasia intestinal, este tipo de metaplasia predispone el desarrollo del adenocarcinoma. La displasia se define como el epitelio neoplásico confinado en la membrana basal, endoscópicamente puede ser indetectable o presentarse como placa nodular, pero mediante la biopsia se observa: pérdida de la maduración del citoplasma celular, cambios del núcleo de la célula como crecimiento, pleomorfismo, mitosis atípica, y la aglomeración de túbulos y superficies viliformes. Se las clasifica en displasia de bajo grado y displasia de alto grado.(28,31)
- **Esofagitis eosinofílica:** es una enfermedad crónica, mediada por el sistema inmune frente a antígenos presentes en las comidas ingeridas, se caracteriza por la disfunción esofágica e inflamación eosinofílica. Se trata de una patología frecuente en niños, jóvenes y adultos con un cuadro clínico caracterizado por: disfagia para alimentos sólidos, impactación alimentaria, pirosis, dolor torácico, reflujo y vómitos. Para su diagnóstico hay excluir otras patologías que presenten eosinofilia esofágica tales como: enfermedad de Crohn, Síndrome hipereosinofílico, infestación parasitaria, gastroenteritis eosinofílica.(32)

En la endoscopia se puede observar anillos esofágicos, placas blanquecinas o exudados en la mucosa, edema, estenosis esofágica, surcos longitudinales, hasta desgarros de la mucosa cuando pasa el endoscopio. Para los hallazgos histológicos, se recomienda obtener por lo menos 6 biopsias en las áreas donde se observaron surcos longitudinales y exudados de la mucosa por medio de la endoscopia,

ya que son áreas donde hay mayor concentración de eosinófilos, el recuento de eosinófilos es >15 por campo, lo que nos permite diferenciarla con la ERGE, también se observan microabscesos eosinofílicos, estratificación, desprendimiento de las células escamosas, espacios intracelulares dilatados y fibrosis de la lámina propia.(32)

- **Esofagitis infecciosa:** es una patología poco frecuente que afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos e inmunodeficientes, las causas más frecuentes son por hongos y virus, rara vez por bacterias. (34)

- Esofagitis micóticas: el principal agente causal es la *Cándida albicans*, esta comienza en el tercio medio o distal del esófago. Las manifestaciones clínicas son candidiasis oral, odinofagia con o sin disfagia, dolor retroesternal y náuseas. En la endoscopia inicialmente se observa la presencia de placas blanquecinas adheridas a la mucosa, cuando la infección progresa estas placas se agrupan y se presenta edema, hiperemia, frialdad hasta úlceras, dándole a la mucosa un aspecto granular o nodular, en etapas avanzadas pueden existir ulceraciones profundas, estenosis y hemorragia. Sin embargo, el diagnóstico se confirma mediante la biopsia, donde se observa la presencia del hongo en forma de hifas mezclado con células epiteliales.(34,35) (34)

- Esofagitis virales: la esofagitis por citomegalovirus (CMV) afecta principalmente a pacientes con SIDA, clínicamente se caracteriza por náuseas, vómitos, fiebre, pérdida de peso, dolor en epigastrio y diarrea como síntomas más frecuentes, la disfagia y odinofagia como menos frecuentes. Los hallazgos endoscópicos son variables, pero la presencia de úlceras grandes y profundas a nivel del tercio medio y distal son la característica más común, se presenta macroscópicamente como lesiones ulcerativas. Los

hallazgos histológicos por biopsia que caracterizan esta infección son: inclusiones intranucleares basófilas, halo perinuclear y células citomegálicas hasta inclusiones citoplasmáticas. (33) (34)

- Esofagitis por herpes simple: es el segundo agente causal más frecuente de esofagitis infecciosa, entre las manifestaciones típicas más frecuentes están la fiebre, odinofagia, dolor retroesternal, náuseas, pirosis, vómitos. Los hallazgos endoscópicos varían de acuerdo con el estadio de la enfermedad, en las primeras etapas se observan vesículas de 1 a 3 mm delimitadas de aspecto en sacabocados, eritematosas y con un exudado fibroso y ya en estadios avanzados hay formación de úlceras que al confluir terminan produciendo necrosis de la mucosa.(34)

- Esofagitis bacteriana: por lo general son infecciones raras, causada por cocos grampositivos y bacilos gramnegativos, tanto las manifestaciones clínicas como los hallazgos endoscópicos son inespecíficos.(34)

- **Varices esofágicas:** las várices esofágicas son vasos que unen la circulación venosa portal con la circulación sistémica, que se desarrollan por la hipertensión portal secundario a la cirrosis hepática, estas se localizan principalmente a nivel de la submucosa de la porción distal del esófago. La hipertensión portal es el aumento del gradiente de presión venosa hepática, por lo que se forman colaterales portosistémica, cuando este gradiente es >10 mmHg se considera hipertensión portal, puede haber ruptura de las várices cuando el gradiente de presión es >15 mmHg.(35)

Endoscópicamente se observan los trayectos venosos dilatados, y se las clasifica de acuerdo con su tamaño en pequeñas cuando miden <5 mm y se observan venas levemente elevadas; medianas

cuando las venas son tortuosas y ocupan menos de un tercio de la luz del esófago y grandes cuando son > 5 mm y ocupan más de un tercio de la luz. Así mismo, la hemorragia que secundaria a la ruptura de la várice se la clasifica por endoscopia, se observa sangrado activo, rayas rojas longitudinales en la várice, coágulos sobre la várice y eritema difuso.(35)

- **Neoplasias:** entre los tumores benignos están los pólipos, el más frecuente es el leiomioma que afecta la capa submucosa. Los tumores malignos se los visualiza endoscópicamente como lesiones polipoides, ulceradas o infiltrantes, las neoplasias malignas más frecuentes son el carcinoma de células escamosas y el adenocarcinoma.(28)

2.2.3.2 ESTÓMAGO

- **Gastritis:** por lo general no hay correlación clínica y endoscópica en la gastritis, sin embargo, existe una clasificación endoscópica

Gastritis superficial: presencia de inflamación, edema y eritema en la mucosa gástrica, representa el estado inicial de una gastritis atrófica.

Gastritis atrófica autoinmune: afecta la mucosa del cuerpo y fondo gástrico, se trata de una gastritis autoinmune, hay destrucción de las células oxínticas, produciendo aclorhidria y aumento del pH, esto a su vez genera déficit de hierro por malabsorción, lo que puede terminar en una anemia perniciosa.(36)

Gastritis crónica atrófica: se la considera una patología preneoplásica, ya que la atrofia gástrica y la metaplasia intestinal son condiciones precursoras del carcinoma

gástrico. La principal causa es por la evolución tardía de la gastritis crónica por *H. pylori*, las principales características histopatológicas son: inflamación crónica de la mucosa, pérdida o reemplazo de las glándulas por epitelio intestinal. Puede diseminarse por todo el estómago.(37)

- **Infección por *Helicobacter pylori*:** es la principal causa de enfermedades gástricas como: gastritis, úlcera péptica, linfoma gástrico, carcinoma gástrico. Por lo general esta infección se la adquiere durante la infancia y si no se erradica la bacteria persiste como una gastritis crónica. Endoscópicamente se observa eritema, erosiones, modularidad antral, los pliegues gástricos engrosados, vasos submucosos visibles, algunos pacientes manchas rojas, patrón en mosaico y eritema homogéneo o atípico.(38)

En la histopatología se observa una inflamación crónica difusa o localizada de la mucosa gástrica con alteraciones en el epitelio como atrofia o metaplasia intestinal, la porción que se afecta con mayor frecuencia es el antro(38). Para esto se recomienda el protocolo de biopsia de Sidney, que es tomar dos muestras del antro y dos muestras del cuerpo, algunos autores recomiendan biopsia de la incisura angularis, Existe el sistema OLGA para evaluar la extensión de la atrofia y metaplasia; y el sistema OLGIM para evaluar los cambios de la metaplasia.(37)

El sistema OLGA tiene una puntuación:

Tabla 5 ESTADIFICACIÓN OLGA

GRADO I	No hay atrofia
GRADO II	Atrofia mínima
GRADO III	Atrofia moderada
GRADO IV	Atrofia severa

Fuente: Martínez, D., & Otero, W. (2016) (37).

Elaborado por: E. Acosta – T. Bedor

La severidad de la gastritis que se origina por la infección de *H. pylori* depende de la intensidad de la inflamación de la mucosa:

- Gastritis crónica leve: el espacio que hay entre las células es mayor al diámetro de 1 linfocito o menor al diámetro de 2.(39)

- Gastritis crónica moderada: el espacio entre las células es menor al de 1 linfocito.(39)

- Gastritis crónica severa: no hay espacio entre las células por lo que es difícil visualizar las estructuras.(39)

- **Gastritis aguda erosiva**: es producida por mecanismos que químicos o irritantes que lesionan la mucosa gástrica sin provocar infiltrados inflamatorios, su principal etiología es por *H. pylori*. Otras causas de gastritis erosivas son los fármacos y toxinas como: ácido acetil salicílico (AAS), antiinflamatorios no esteroideos (AINE), inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa 2 (COX-2); el alcohol, metales pesados (mercurio), agentes cáusticos y corrosivos. Entre los hallazgos endoscópicos que se observan incluyen: las erosiones de la mucosa, hemorragias subepiteliales, múltiples úlceras pequeñas de aproximadamente 1 a 2 mm y máculas rojizas.(40)
- **Úlcera péptica**: es defecto de la mucosa gastroduodenal, se localizan principalmente a nivel de la curvatura menor del estómago y la primera porción del duodeno. Las principales causas de esta enfermedad son; *H. pylori*, consumo de AINE y aspirina, radiación, estrés, alcohol, tabaco. Clínicamente se caracteriza por dispepsia y epigastralgia, este dolor se alivia con la ingesta de antiácidos o de alimentos, sin embargo, hay recurrencia a las 2 – 5 horas o se presenta por las noches.(41)

Las úlceras gástricas se clasifican en: tipo I es la más común, se ubica en la curvatura menor del estómago entre la unión del fondo y el antro, se asocia a la hiposecreción del ácido; tipo II se ubica en el cuerpo del estómago y duodeno, se asocia a la hipersecreción de ácido, tipo III son prepilóricas; tipo IV a nivel de la unión gastroesofágica; tipo V puede estar en cualquier parte del estómago.(42)

Estas pueden ser benignas o malignas, endoscópicamente se las diferencia. Las úlceras benignas se observan con bordes lisos, base lisa cubierta por fibrina, mucosa edematosa, pliegues que se irradian hacia la lesión, y las úlceras malignas tienen bordes irregulares, aspecto nodular, base presenta necrosis, mucosa infiltrada y los pliegues antes de llegar a la lesión se interrumpen o sino convergen entre ellos.(28)

- **Reflujo duodeno-gástrico (RDG o reflujo biliar):** consiste en la regurgitación del contenido del duodeno hacia la cámara gástrica pudiendo alcanzar el esófago, llegando a mezclarse con el contenido gástrico. Cuando ya aparecen los síntomas o hay lesión a nivel de la mucosa gástrica recibe el nombre de gastritis alcalina o gastritis biliar(43). En la endoscopia alta se observa un líquido amarillo verdoso y se lo clasifica en:(39)

Tabla 6 CLASIFICACIÓN DEL RDG DEL INSTITUTO NACIONAL DE GASTROENTEROLOGÍA DE CUBA.

Leve	Escaso líquido, eritema del antro.
Moderado	Moderada cantidad de líquido en antro y cuerpo gástrico con eritema.
Severo	Abundante líquido, eritema en fundus y cuerpo, edema, aumento vascular.

Fuente: Mulet, A., & Rodríguez, Y. (2014) (39).

Elaborado por: E. Acosta – T. Bedor

2.2.3.3 DUODENO

Duodenitis: es la inflamación de la mucosa duodenal. La principal causa es por la infección por *H. pylori*, entre otras causas se incluyen la enfermedad de Crohn, AINE y giardiasis. La gravedad de la inflamación se la clasifica por medio de la endoscopia en: grado 0 (mucosa sin anormalidad), grado 1 (mucosa con edema), grado 2 (presencia de edema e hiperemia de la mucosa), grado 3 (mucosa con erosiones y pliegues engrosados), grado 4 (mucosa con pliegues aplanados y úlceras). Los hallazgos histológicos se los clasifica de acuerdo al sistema Sydney en: duodeno normal, duodenitis crónica leve, duodenitis crónica moderada, duodenitis crónica severa.(44)

Por lo general la relación que existe entre las manifestaciones clínicas, la endoscopia y la histología no es exacta, por el hecho de que algunos pacientes se encuentran asintomáticos y otros con síntomas de dispepsia; en algunas ocasiones puede haber pacientes que presentan la sintomatología, pero no hay hallazgos relevantes en la endoscopia ni la biopsia.(44)

- **Enfermedad celíaca:** se trata de una enfermedad sistémica, autoinmune, que se caracteriza por la inflamación de la mucosa del intestino delgado la que se desencadena en personas que son susceptibles a la ingesta del gluten. Clínicamente se presenta con diarrea, irritabilidad, vómitos, esteatorrea, dolor abdominal, meteorismo, sin embargo, estas son inespecíficas, entre el 20 al 50% de los pacientes cumplen con los criterios de ROMA por lo que en ellos se debe descartar el síndrome de intestino irritable.(45)

Endoscópicamente se aprecia: patrón en mosaico, disminución del tamaño y cantidad de pliegues, mucosa festoneada, signo del peine a nivel del duodeno, atrofia duodenal, aumento de la vascularización y nodularidad a nivel del bulbo(46). Histológicamente se presentan: atrofia de las microvellosidades, glándulas submucosas elongadas, linfocitos intraepiteliales aumentados, los grados de lesión se los clasifica según Marsh, la que fue reemplazada por la de Oberhuber y esta, por la de Corazza, pero debido a que la relación que hay entre clínica, endoscopia e histología no son precisos ni exactos se prefiere describirlos con detalle y no basarse en ninguna clasificación de las antes mencionadas. (45,47)

2.3 REFERENTES INVESTIGATIVOS (REFERENTES EMPÍRICOS)

Borathchakra Oung, Khang Chea y colaboradores, en su estudio *“Endoscopic yield of chronic dyspepsia in outpatients: A single-center experience in Cambodia. Journal Of Gastroenterology And Hepatology Foundation”* en Cambodia – Asia en el año 2019, concluyeron que la dispepsia funcional y la asociada a infección por *H. pylori* son más frecuentes que la dispepsia orgánica, teniendo 93,1% y 6,9% respectivamente, la dispepsia es un 54% más prevalente en las mujeres, además de que estas tienen un mayor riesgo de dispepsia funcional, la edad en la que se presenta con mayor frecuencia es >40 años y a diferencia del consenso asiático que recomienda la endoscopia en pacientes >45 años con síntomas dispépticos persistentes, ellos sugieren que se realice en >40 años sintomáticos. También observaron que hay diferencias entre los hallazgos endoscópicos y los síntomas, como: pacientes con llenura posprandial, saciedad precoz, sólo presentaron eritema de la mucosa gástrica, mientras que los pacientes con dolor y ardor del epigastrio presentaron úlceras.(48)

Aliaga, J., Cedrón, H., & Pinto, J mencionan en su investigación *“Comparación de prevalencia de infección por H. Pylori en pacientes con dispepsia entre dos instituciones de diferentes estratos socioeconómicos en el período 2017-2018”* en Lima – Perú 2019, que de los 633 pacientes, la edad que predominó en el Hospital Cayetano fue de 51, 8 años y de 47,5 años en la Clínica Anglo Americana, en ambos lugares el sexo que mayor prevalencia de infección por *H. pylori* fue el femenino, y que la característica clínica más relevante de la infección por *H. Pylori* es las lesiones preneoplásicas o cáncer que esta puede causar. Como conclusión de su estudio, demostraron que la infección por *H. pylori* es mucho mayor en personas de bajo nivel socioeconómico.(49)

Radhakrishna Yellapu y Subbarayudu Boda, evidenciaron en su trabajo *“Upper Gastrointestinal Endoscopic Findings of Patients Presenting with Dyspepsia - A Tertiary Care Centre Experience”* en el Instituto de Ciencias Médicas GITAM and Research de India en el 2019, que la dispepsia es una indicación frecuente de endoscopia, es más frecuente en hombres, la edad en la que se presenta va desde los 30 hasta >50 años, el diagnóstico más común en primer lugar es la gastritis (45,8%), seguida de la esofagitis (15,4%). Y que la endoscopia digestiva alta es el gold standar para el estudio de los pacientes con dispepsia.(50)

Jafari-Heidarloo A, Majidi H y compañeros, mediante su estudio llamado *“Evaluation of the endoscopic findings in patients with dyspepsia (Evaluación de los hallazgos endoscópicos en pacientes con dispepsia)”* realizado en Urmia-Irán, en Julio 2019, demostraron y coincidieron con la literatura que el síntoma más frecuente que tienen los pacientes es la epigastralgia. En los hallazgos endoscópicos el 15% de los casos eran úlceras prepilóricas y el 20% úlcera antral, sin embargo, tres cuartas partes de los pacientes con dispepsia no presentan anormalidades en la endoscopia. Una de sus variables de estudio fue la presencia de *H. pylori*, la que estuvo presente en 38% de los casos, de estos, treinta (78,9%) acudieron por dolor en epigastrio y 8 (21,1%) por llenura posprandial.(51)

Riyaz Saif, Wani Abdul et al, a través de su estudio *“Endoscopic Findings in Persistent Dyspepsia in Secondary Care Hospital Setting in North Kashmir”* en India el 2019, quisieron determinar la prevalencia de las lesiones en pacientes con dispepsia persistente mediante la endoscopia, ellos indican que de 9,525 pacientes que fueron evaluados el 58,8% eran hombres, la media de edad fue de 41 años; en la endoscopia el 73,1% se observaron hallazgos normales y el 26,9% hallazgos anormales, de estos los más frecuentes fueron: gastritis erosiva en el 11,2% de los casos, esofagitis con el 5,9%, úlcera péptica con 5,1% y lesiones malignas en el 2,9%.(52)

2.4 MARCO LEGAL

Este trabajo investigativo se fundamenta con las leyes presentes en la Constitución de la República del Ecuador, que se mencionan a continuación.

En el Título II, que corresponde a los derechos, en su capítulo segundo, relacionado a los derechos del buen vivir, en la sección séptima, en salud, donde se enuncia:

Art. 32.- *“La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.”*

En el Título VII, con respecto al Régimen del Buen Vivir, se escribe en el capítulo primero. Sección segunda. Salud:

Art. 360.- *“El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas”*

Art. 362.- *“La atención de salud como servicio público se prestará a través de las entidades estatales, privadas, autónomas, comunitarias y aquellas que ejerzan las medicinas ancestrales alternativas y complementarias. Los servicios de salud serán seguros, de calidad y calidez, y garantizarán el consentimiento informado, el acceso a la información y la confidencialidad de la información de los pacientes. Los servicios públicos estatales de salud serán universales y gratuitos en todos los niveles de atención y comprenderán los procedimientos de diagnóstico, tratamiento, medicamentos y rehabilitación necesarios”*

CAPÍTULO III:

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1 METODOLOGIA

El siguiente trabajo de investigación tiene un enfoque cuantitativo porque busca explicar las relaciones causa – efecto, específicamente, establecer la correlación de las características clínicas con los hallazgos endoscópicos e histológicos en pacientes con síndrome dispéptico. El diseño de investigación es no experimental y transversal, es decir que no existe manipulación, ni intervención de las variables y la información es obtenida en un único momento para poder explicar la relación que existe entre las variables del estudio, cerciorándonos de que la muestra escogida represente la población en estudio y cumpla con los criterios del estudio. El método de investigación empírico es la observación, porque no se modificarán los datos que se utilizaran para la investigación, los cuales se obtienen de las historias clínicas de los pacientes, y el método de investigación teórico es analítico y correlacional ya que se estudia el comportamiento del problema a tratar.

Los datos fueron recolectados de las historias clínicas de pacientes atendidos en el área de consulta externa, mayores de 18 años, en los que se realizó endoscopia digestiva alta y que además constan con resultados de anatomía patológica, del Hospital de Especialidades “Teodoro Maldonado Carbo” del periodo de 1 de enero del 2019 al 31 de marzo del 2020, por medio de base de datos del sistema AS-400, de donde se obtendrán datos del cuadro clínico de los pacientes, la edad, sexo, los hallazgos endoscópicos y los resultados de la biopsia.

Se excluyen los pacientes menores de 18 años, pacientes que no presentan manifestaciones clínicas de dispepsia y en los que no se haya realizado endoscopia digestiva alta o que no cuenten con resultados histológicos de la biopsia.

3.2 TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se utilizó una ficha recolectora de datos diseñada por el investigador que constará con los apellidos e historia clínica de los pacientes. Todo en base a los objetivos específicos.

Se tomará los datos de las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de K30 DISPEPSIA FUNCIONAL; K291 GASTRITIS Y DUODENITIS; K317 OTRAS ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO Y DEL DUODENO. La información recogida será tabulada en una base de datos que se elaborará empleando el programa Microsoft Excel y será registrada en el programa estadístico SPSS para el análisis estadístico.

3.3 POBLACIÓN QUE SE ESTUDIARÁ

3.3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA ZONA DE TRABAJO

El presente trabajo investigativo se llevará a cabo en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, ubicado en la ciudad de Guayaquil perteneciente a la Zona 8, de la provincia del Guayas, Ecuador. Que cuenta con 34 especialidades médicas, como servicios que ofrece al ser un hospital de tercer nivel y referente de la red pública en la ciudad de Guayaquil.

3.3.2 UNIVERSO Y MUESTRA

Universo

La totalidad de los pacientes que acudieron al HTMC con síndrome dispéptico

Población

Los 990 pacientes que acudieron al HTMC con síndrome dispéptico y a los cuales se les realizó endoscopia digestiva alta, durante el periodo de estudio, que va desde enero del 2019 a marzo del 2020.

Muestra

La muestra es igual a la población sujeta a los criterios de selección, que constituyeron 386 pacientes.

3.3.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión:

- Pacientes con Historia clínica completa de dispepsia.
- Todos los pacientes mayores de 18 años atendidos por Síndrome dispéptico en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019-2020
- Pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta y biopsia

Criterios de exclusión:

- Pacientes con Historia clínica incompleta de dispepsia.
- Pacientes menores 18 años atendidos por dispepsia en el Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo en el año 2019-2020
- Pacientes no sometidos endoscopia digestiva alta o biopsia.
- Pacientes derivados desde hospitalización o emergencia.

3.4 VIABILIDAD

La investigación es factible de realizar ya que cuenta con la aceptación del tema por parte de la Universidad de Guayaquil, existen grabadas las historias clínicas en el sistema AS400, de los pacientes que presenta Dispepsia y se cuenta con la autorización de la Coordinación General de Investigación y del departamento de Estadística del hospital Teodoro Maldonado Carbo quienes solventaron la base de datos.

3.5 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACION

Variable Independiente: Dispepsia, - Enfermedad crónica caracterizada por la digestión laboriosa e imperfecta.

Variable dependiente: Hallazgos endoscópicos – Descubrimiento obtenido mediante el uso de endoscopia digestiva alta.

Variable dependiente: Hallazgos Histológicos. – Descubrimiento en base a muestras obtenidas mediante biopsia.

Variable Interviniente: Indicadores demográficos - Términos que expresan o representan aspectos del desarrollo, comportamiento, dimensiones, ubicación o evolución de una población

- Grupo etario - diversos sujetos que tienen la misma edad.
- Sexo - Condición orgánica, masculina o femenina

3.6 RECURSOS HUMANOS Y FISICOS

3.6.1 Recursos humanos

- Investigadores (estudiantes)
- Docente Tutor
- Docente Revisor
- Doctores especialistas en Gastroenterología y Endoscopia.
- Doctores especialistas en anatomía patológica.

3.6.2 Recursos físicos

- Computadora
- Impresora
- Resma de hojas
- Textos de Gastroenterología, Medicina Interna, Anatomía Patológica e Histología.

- Microsoft Excel
- Programa estadístico SPSS

3.7 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN O RECOLECCIÓN DE LA DATA

Se diseñó una herramienta que consiste en una ficha clínica recolectora de datos para recabar la información de los pacientes, obtenida a partir de la historia clínica institucional, considerando las variables que fueron analizadas. Además de que mediante la información obtenida se pudo elaborar una base de datos que cumple con las variables del estudio, la misma que nos permitirá reforzar la información y proyectar los resultados a través de análisis estadísticos.

3.8 METODOLOGÍA PARA EL ANÁLISIS

Se empleó Microsoft Excel para realizar el procesamiento y análisis estadístico, además de crear tablas y gráficos simples. Además, empleamos el programa estadístico SPSS 25, con la finalidad de elaborar las tablas para determinar tendencias centrales, la media, frecuencias, obtener porcentajes, así como también asociar diversas variables a través de tablas cruzadas y para comprobación de hipótesis a través de la aplicación de prueba chi cuadrado.

3.9 CONSIDERACIONES BIOÉTICAS

Esta investigación respeta los 3 principios fundamentales de la ética de la investigación; se respeta la confidencialidad de todos los pacientes sin exponer datos personales y sin afectar o violar las leyes existentes.

3.10 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ÍTEM	ACTIVIDAD	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT
1	– Elaboración de anteproyecto – Solicitud dirigida al Dr. Carlos Boderó - Coordinador General de investigación del HTMC – Diseño de instrumento de recolección de datos					
2	– Elaboración de marco teórico – Elaboración de la data					
3	Análisis de la información obtenida					
4	Resultados del trabajo de titulación.					
5	Elaboración de las conclusiones y recomendaciones del trabajo de titulación.					
6	Presentación y sustentación del trabajo de titulación.					

3.9 PRESUPUESTO

Se estima que los costes para realizar el proyecto de investigación, sería un aproximado de \$100, de los cuales se ocuparon para: medio de transporte, recursos físicos (impresión, resma de hojas, pendrive), instalación de programa SPSS; los que fueron usados para poder elaborar un correcto trabajo de investigación. El presupuesto que se fue en realizar el estudio será asumido y financiado por los autores del trabajo de investigación.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 RESULTADOS

Durante el periodo que se realizó este estudio, el cual fue entre Enero del 2019 y Marzo 2020, los médicos tratantes de la Unidad Técnica de Gastroenterología del Hospital de Especialidades Teodoro Maldonado Carbo, atendieron a 990 pacientes por consulta externa, con diagnóstico de dispepsia, de estos 387 cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión de esta investigación.

EDAD MEDIA - DISPEPSIA

TABLA 7: EDAD MEDIA, MÁXIMA Y MÍNIMA DE LA DISPEPSIA

EDAD			Estadístico	Desv. Error
	Media		55,01	0,75
	95% de intervalo de confianza para la media	Límite inferior	53,54	
		Límite superior	56,48	
	Media recortada al 5%		55,11	
	Mediana		56	
	Varianza		217,699	
	Desv. Desviación		14,755	
	Mínimo		20	
	Máximo		87	

Fuente: Departamento de estadística HTMC. **Elaborado por:** E. Acosta, T. Bedor

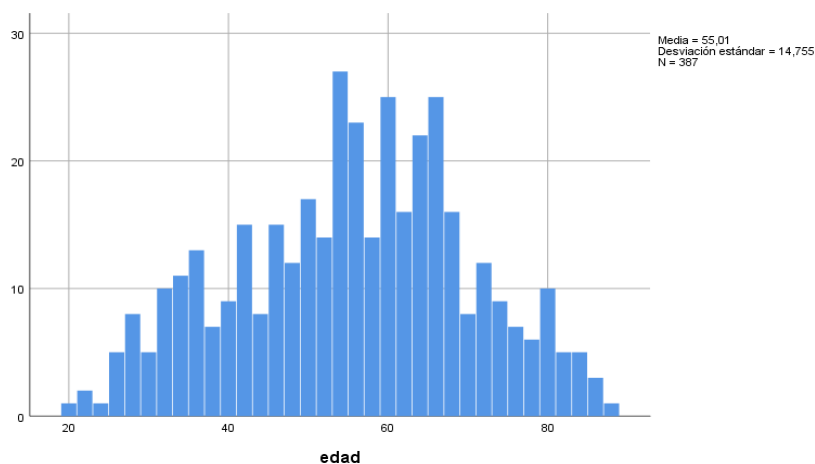


GRÁFICO 1: EDAD MEDIA, MÁXIMA Y MÍNIMA DE LA DISPEPSIA

Fuente: Departamento de estadística HTMC. **Elaborado por:** E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Como se indica en este estudio, y se evidencia en la gráfica, en cuanto a la prevalencia de esta enfermedad según su edad, encontramos que la edad mínima que se presentó fue de 20 años y que a máxima fue de 87 años, con una media de 55,01 años.

FACTORES DEMOGRÁFICOS

TABLA 8: FACTORES DEMOGRÁFICOS

	Variable	Frecuencia	Porcentaje
SEXO	MASCULINO	127	32,8%
	FEMENINO	260	67,2%
	Total	387	100%
GRUPO ETARIO	18 A 39 AÑOS	66	17,1%
	40 A 64 AÑOS	214	55,3%
	MAYORES DE 65 AÑOS	107	27,6%
	Total	387	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

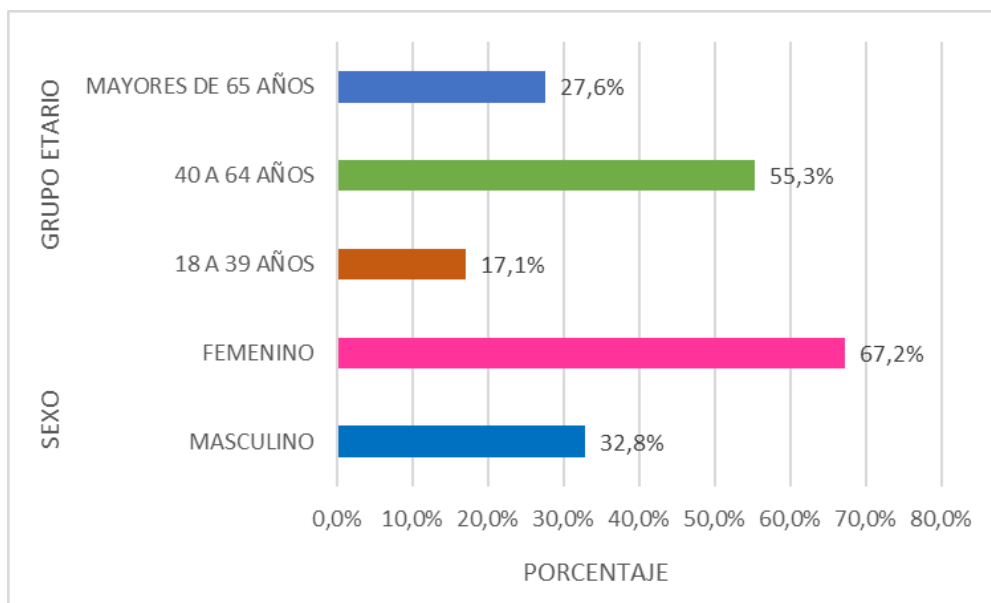


GRÁFICO 2: FACTORES DEMOGRÁFICOS

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

En relación con el sexo y grupo etario de los pacientes seleccionados en esta investigación, los resultados mostraron que el sexo en el que existe mayor prevalencia de dispepsia es en el femenino, con el 67,2% de los casos con respecto al masculino con 32,8%, mientras que el grupo etario más afectado por este trastorno fue el conformado por el rango de edad 40 a 64 años (55,3%), seguido tenemos el grupo de mayores de 65 años con el 27,6% y por último tenemos al grupo de 18 a 39 años quienes representan el 17,1% de casos de dispepsia.

CARACTERIZACION CLINICA DEL SINDROME DISPEPTICO

TABLA 9: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DISPÉPTICO

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA	Frecuencia	Porcentaje
Epigastralgia	155	40,1%
Epigastralgia + ardor epigástrico	29	7,5%
Ardor epigástrico	26	6,7%
Epigastralgia + flatulencia/meteorismo	25	6,5%
Distensión abdominal	22	5,7%
Epigastralgia + distensión abdominal	22	5,7%
Flatulencia/meteorismo	17	4,4%
Epigastralgia + distensión abdominal + flatulencia/meteorismo	16	4,1%
Distensión abdominal + flatulencia/meteorismo	13	3,4%
Epigastralgia + náuseas/vómitos	10	2,6%
Menos frecuentes	52	13,4%
TOTAL	387	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC.

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

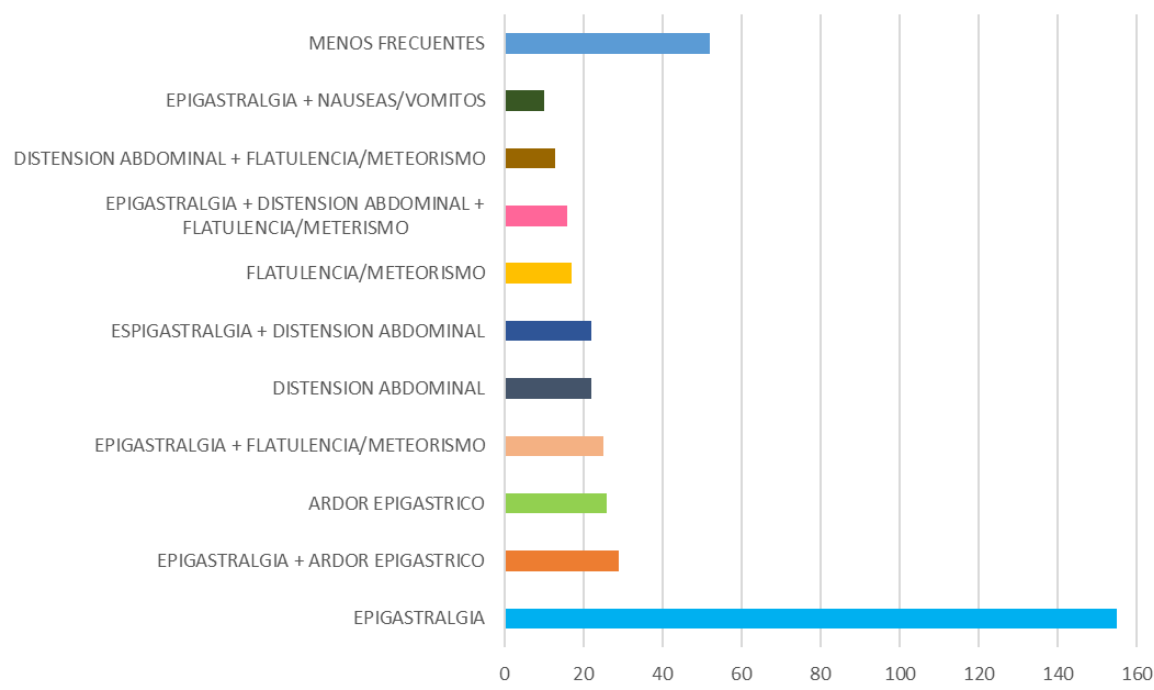


GRÁFICO 3: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DEL SÍNDROME DISPÉPTICO

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

La caracterización clínica más frecuente en los 387 pacientes que constituyeron nuestro estudio fue la epigastralgia en un 40,1% (155 casos), la asociación de epigastralgia y ardor epigástrico en un 7,5% (29 casos), ardor epigástrico en un 6,7% (26 casos), la asociación de epigastralgia con flatulencias/meteorismo en un 6,5% (25 casos), epigastralgia con distensión abdominal un 5,7% (22 casos), Flatulencia/meteorismo en un 4,4% (17 casos), distensión abdominal con flatulencia con un frecuencia del 3,4% (13 casos), epigastralgia con náuseas/vómitos en un 2,6% (10 casos). Mientras que la asociación de 3 síntomas más frecuentes fue la de epigastralgia, distensión abdominal y flatulencia/meteorismo con el 4,1% (16 casos) y la asociación de 4 síntomas que primo fue la de epigastralgia, llenura posprandial, distensión abdominal, flatulencias/meteorismo con el 0,5% abarcando tan solo 2 casos, los cuales constituyeron la caracterización clínica menos frecuente.

TABLA 10: FRECUENCIA DE EPIGASTRALGIA SOLA O ASOCIADA A OTRO SÍNTOMA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA	Frecuencia	Porcentaje
EPIGASTRALGIA	155	40,05%
EPIGASTRALGIA + OTROS SINTOMAS	135	34,89%
OTROS SÍNTOMAS	97	25,06%
TOTAL	387	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

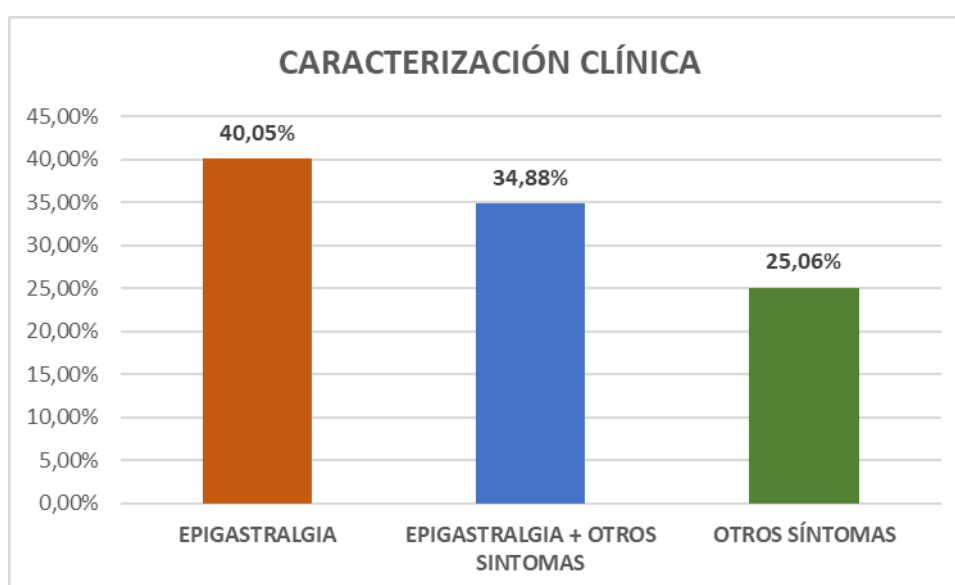


GRÁFICO 4: FRECUENCIA DE EPIGASTRALGIA SOLA O ASOCIADA A OTRO SÍNTOMA

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

En la tabla anterior, se puede observar que la epigastralgia fue el síntoma predominante ya sea con o sin asociación a otro síntoma, por lo que se elabora la presente tabla donde queda demostrado la frecuencia de epigastralgia sin síntomas asociados con el 40,05%, epigastralgia asociada a otros síntomas dispépticos 34,89% y en el grupo de menos frecuentes con 25,06% en el que se encuentran las flatulencias/meteorismo, náuseas/vómitos, ardor epigástrico, entre otros, pero con menor frecuencia.

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR POR TIPO DETALLADO DE LESIÓN

TABLA 11: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR POR TIPO DETALLADO DE LESIÓN

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	N	Porcentaje
Mucosa normal	1116	57,7%
Mucosa hiperémica	352	18,2%
Mucosa congestiva	49	2,5%
Pólipo	75	3,9%
Hernia	13	0,7%
Erosión/atrofia	179	9,3%
Metaplasia	5	0,3%
Úlcera	25	1,3%
Reflujo biliar	87	4,5%
Otros	34	1,8%
TOTAL	1,935	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

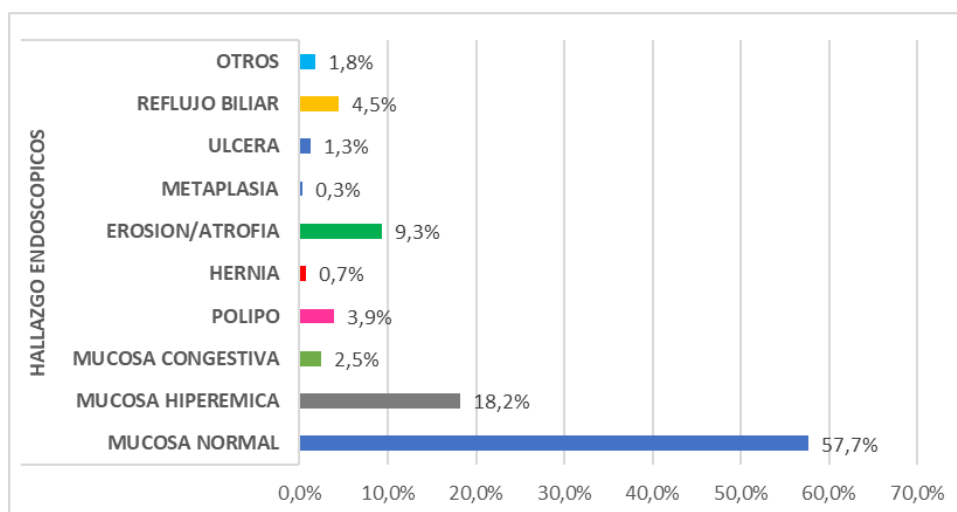


GRÁFICO 5: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS DEL TRACTO GASTROINTESTINAL SUPERIOR POR TIPO DETALLADO DE LESIÓN

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

A nivel del tracto gastrointestinal superior, mediante la evaluación endoscópica podemos observar el esófago, estómago con sus 3 divisiones (fundus, cuerpo y antro) y duodeno, sin embargo al existir los mismos tipos de

lesiones en estas regiones anatómicas se elabora una tabla donde se consolida los resultados de las 3 regiones, teniendo así: que de las lesiones patológicas la mucosa hiperémica es la más frecuente con un 18,2%, seguida de la erosión/atrofia 9,3%, reflujo biliar 4,5%, pólipo 3,9%, entre otros hallazgos con menor frecuencia.

Es de recordar que el número de muestra es de 387, y en cada uno se describieron de 1 a 5 tipos de lesiones basándonos en las regiones anatómicas antes mencionadas, por lo cual el número total de hallazgos corresponde a 1,935. Sin embargo, con el fin de informar y aclarar los valores presentados en esta tabla, se adjunta en los anexos la información detallada de cada región anatómica estudiada.

TABLA 12: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN GRUPOS GENÉRICOS

HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	1,116	57.7%
INFLAMATORIA	410	21.2%
PRENEOPLASICA	287	14.8%
OTROS	122	6.3%
TOTAL	1,935	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

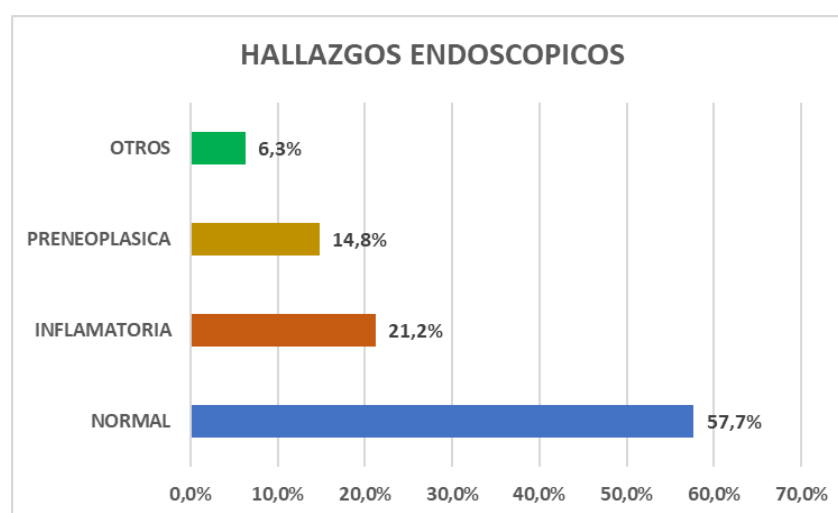


GRÁFICO 6: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS EN GRUPOS GENÉRICOS

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Con fines prácticos, se agruparon los hallazgos endoscópicos en: normal con el 57,7%, lesiones inflamatorias (mucosa hiperémica, mucosa congestiva) 21,2%, lesiones preneoplásicas (erosión/atrofia, pólipos, úlceras, nódulos, metaplasia intestinal) 14,8% y otros hallazgos (reflujo biliar, hernia, entre otros) con un 6,3%.

TABLA 13: DETALLE DE LESIONES A NIVEL DE ESTÓMAGO

ESTÓMAGO	N	Porcentaje
Mucosa normal	407	35,1%
Mucosa hiperémica	331	28,5%
Mucosa congestiva	47	4,0%
Pólipo	64	5,5%
Hernia	1	0,1%
Erosión/atrofia	173	14,9%
Metaplasia	5	0,4%
Úlcera	25	2,2%
Reflujo biliar	87	7,5%
Otros	21	1,8%
TOTAL	1161	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

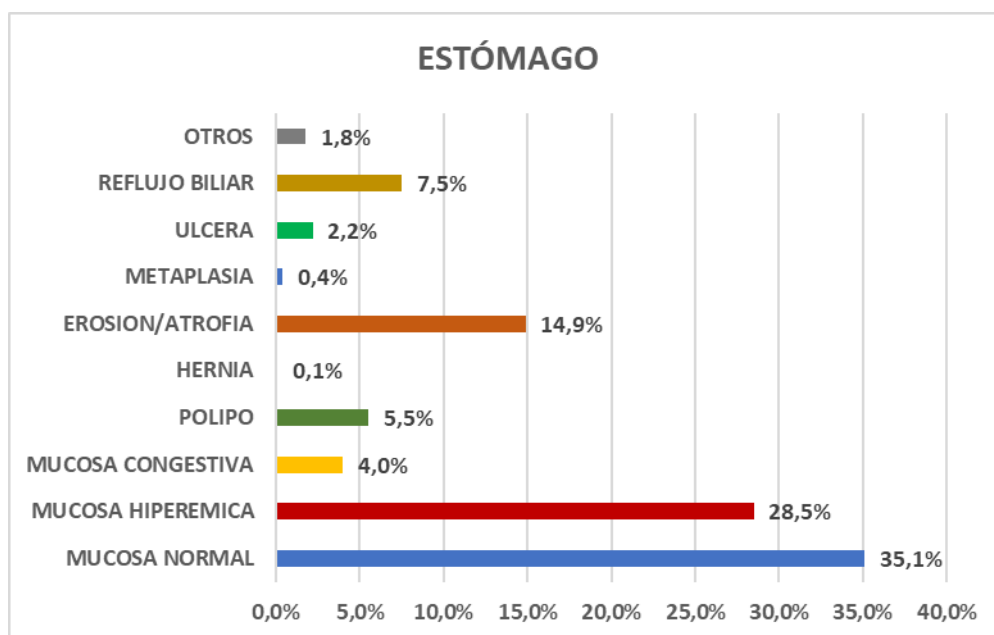


GRÁFICO 7: DETALLE DE LESIONES A NIVEL DE ESTÓMAGO

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

De las lesiones que se observaron mediante endoscopia, la mayoría estaban ubicadas en las 3 porciones del estómago, de estas la mucosa hiperémica fue el hallazgo patológico predominante con el 28,5%, seguida de la erosión/atrofia 14,9%, reflujo biliar 7,5%, pólipo 5,5% y la mucosa congestiva 4%.

Se recalca que el total de los hallazgos se basan en los 387 pacientes de la muestra y en las 3 porciones del estomago (fundus, cuerpo, antro) razón por la cual el total de hallazgos es de 1161.

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN DISPEPSIA.

TABLA 14: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN SÍNDROME DISPÉPTICO

HALLAZGOS HISTOLOGICOS		
	Frecuencia	Porcentaje
NORMAL	4	1%
GASTRITIS CRONICA	258	66,7%
METAPLASIA INTESTINAL	46	11,9%
POLIPOS	41	10,6%
OTRAS GASTRITIS	20	5,2%
OTROS	18	4,7%
Total	387	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC. **Elaborado por:** E. Acosta, T. Bedor

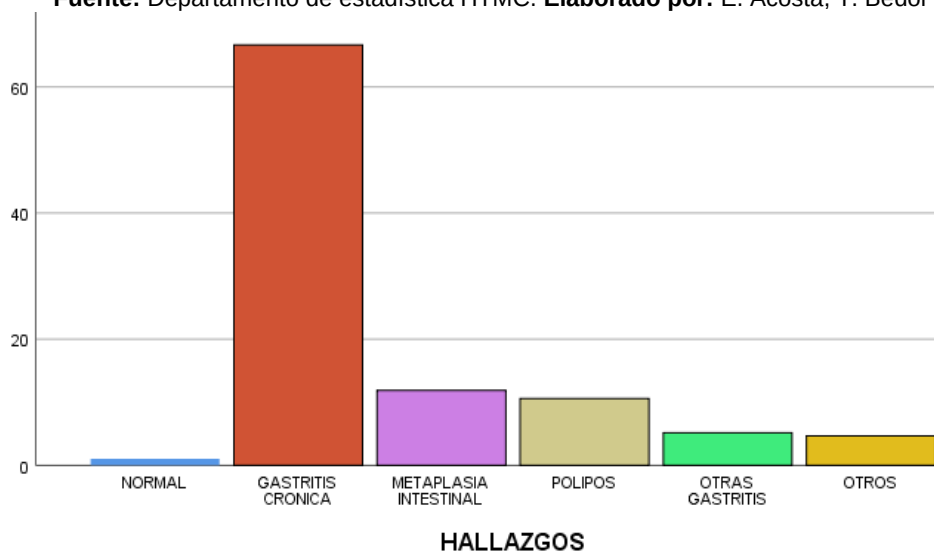


GRÁFICO 8: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN SÍNDROME DISPÉPTICO

Fuente: Departamento de estadística HTMC. **Elaborado por:** E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Los resultados del estudio histológico en la población estudiada proporcionaron como diagnóstico más frecuente a la Gastritis crónica con 258 casos lo que equivale al 66,7%, seguido de metaplasia intestinal con 46 casos (11.9%). La presencia de pólipos se dio en un 10,6% que lo constituyen 41 casos, de los cuales 28 fueron pólipos hiperplásicos y 12 fueron pólipos glándulo – fúndicos y 1 pólipo adenomatoso

Otros tipos de gastritis constituyeron el 5,2%, lo que es igual a 20 casos, en los cuales 16 eran gastritis erosivas o atróficas, 2 fueron gastritis eritematosas y se encontró 2 gastritis eosinofílicas.

Otros hallazgos se encontraron en un 4,7%, en los cuales constan 6 casos de displasia/neoplasia, 6 casos de esofagitis crónica, 5 de duodenitis y un 1 caso de ulcera.

TABLA 15: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN GRUPOS GENÉRICOS

HISTOLOGÍA	Frecuencia	Porcentaje
Normal	4	1%
Patológico	383	99%
TOTAL	387	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

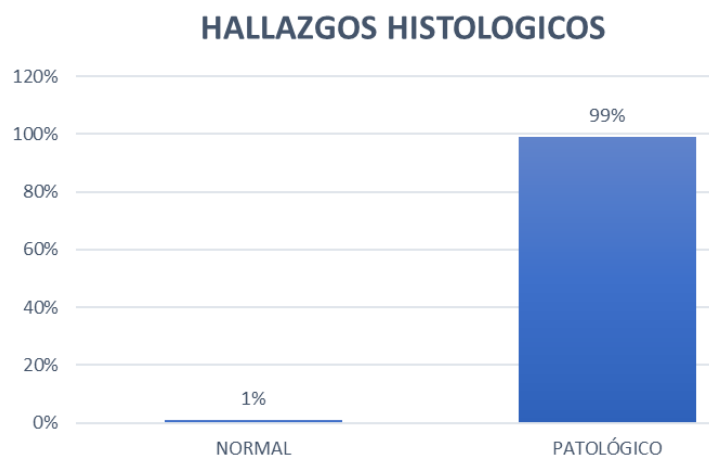


GRÁFICO 9: ASOCIACIÓN DE HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Dentro de los análisis de la biopsia por medio de la histología se puede establecer que, de los 387 pacientes del estudio, 383 resultaron con lesiones patológicas lo que representa un 99% y sólo el 1% histología normal.

HELICOBACTER PYLORI EN DISPEPSIA.

TABLA 16: PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN SÍNDROME DISPÉPTICO

HELICOBACTER PYLORI		
	Frecuencia	Porcentaje
NO	215	55,6
SI	172	44,4
TOTAL	387	100

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

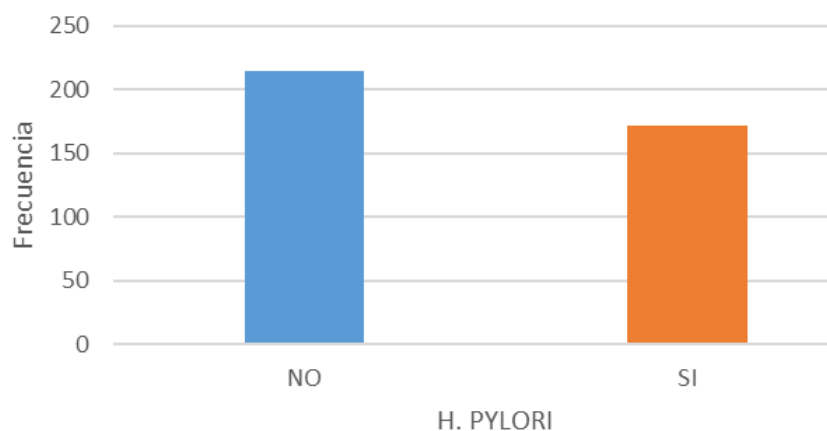


GRÁFICO 10: PRESENCIA DE HELICOBACTER PYLORI EN SÍNDROME DISPÉPTICO

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Ante la presencia de *H. pylori* en muestras sometidas a estudio histológico, en el 56,6% de los casos, que equivalen a 215 pacientes, no se encontró la presencia de este microorganismo frente a los 172 pacientes que constituyen el 44,4% que si presentaron *H. pylori*.

TABLA CRUZADA HALLAZGOS HISTOLÓGICOS – *HELICOBACTER PYLORI*

TABLA 17: TABLA CRUZADA HALLAZGOS HISTOLÓGICOSHELICOBACTER PYLORI***

HELICOBACTER PYLORI	HALLAZGOS HISTOLÓGICOS						TOTAL
	NORMAL	GASTRITIS CRONICA	METAPLASIA INTESTINAL	POLIPOS	OTRAS GASTRITIS	OTROS	
NO	4	141	21	28	10	11	215
	1,00%	36,40%	5,40%	7,20%	2,60%	2,80%	55,6%
SI	0	117	25	13	10	7	172
	0,00%	30,20%	6,50%	3,40%	2,60%	1,80%	44,4%
TOTAL	4	258	46	41	20	18	387
	1,00%	66,70%	11,90%	10,60%	5,20%	4,70%	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,282a	5	0,141
Razón de verosimilitud	9,855	5	0,079
Asociación lineal por lineal	0,18	1	0,671
N de casos válidos	387		

a 2 casillas (16,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,78.

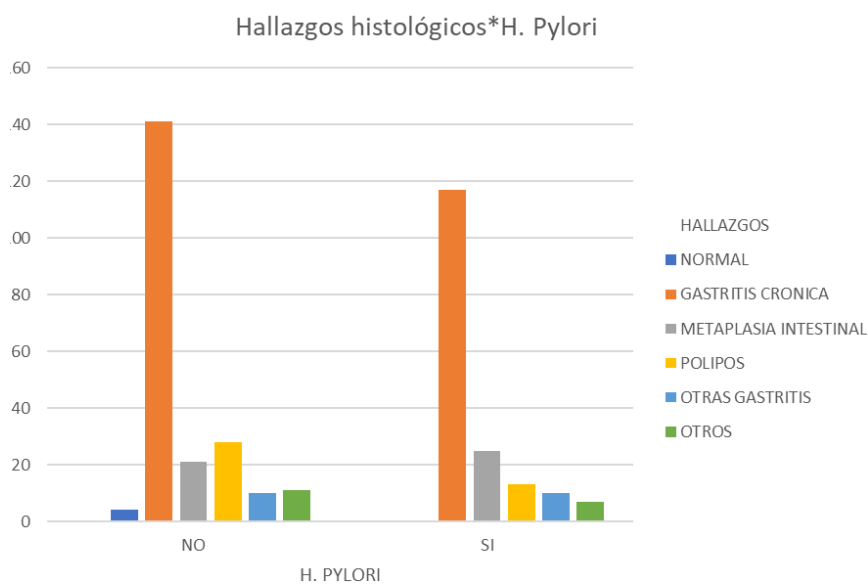


GRÁFICO 11: HALLAZGOS HISTOLÓGICOS* *HELICOBACTER PYLORI*

Fuente: Departamento de estadística HTMC Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Relacionando los hallazgos histológicos con la presencia de *H. pylori*, tenemos que en base a los 387 pacientes que constituyeron dicho estudio, el 66,7% (258 casos) presento como diagnostico Gastritis crónica y que, de estos, 117 individuos (30,2%) también presentaron *H. Pylori*.

En el caso de la metaplasia intestinal, este fue encontrado en el 11,9% de la muestra, lo que es equivalente a 46 casos, de los cuales 25 con presencia de dicho microorganismo. Se encontraron 41 pólipos (28 hiperplásicos, 12 glándulo-fúndicos y 1 adenomatoso), que constituyen el 10,6% de los casos, y en 13 de estos casos, se encontró a su vez *H. Pylori*.

Otros tipos de gastritis constituyeron el 5,2%, es decir 20 casos (16 atróficas, 2 eritematosas y 2 eosinofílicas), en los cuales la mitad presento *H. Pylori*. Otros tipos de hallazgos encontrados en nuestro estudio constituyeron el 4,7%, entre los cuales encontramos 6 esofagitis crónica, 6 displasias/neoplasias, 5 duodenitis, y 1 ulcera, en los cuales solo 7 individuos presentaron *H. pylori*.

Mediante Chi-cuadrado se establece que no existe asociación estadísticamente significativa entre los tipos de lesiones y la presencia de *H. Pylori*, pero sí es significativo el alto índice de metaplasia con *H. Pylori*.

TABLA CRUZADA DE VARIABLES H. PYLORI – SEXO

TABLA 18: TABLA CRUZADA H. PYLORI*SEXO

			H. PYLORI		
			NO	SI	TOTAL
SEXO	MASCULINO	Recuento	71	56	127
		% dentro de H. PYLORI	33%	32,6%	32,8%
	FEMENINO	Recuento	144	116	260
		% dentro de H. PYLORI	67%	67,4%	67,2%
	TOTAL	Recuento	215	172	387
		% dentro de H. PYLORI	100%	100%	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

	Pruebas de chi-cuadrado				
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,009a	1	0,923		
Corrección de continuidad ^b	0	1	1		
Razón de verosimilitud	0,009	1	0,923		
Prueba exacta de Fisher				1	0,505
Asociación lineal por lineal	0,009	1	0,923		
N de casos válidos	387				

a 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 56,44.

b Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

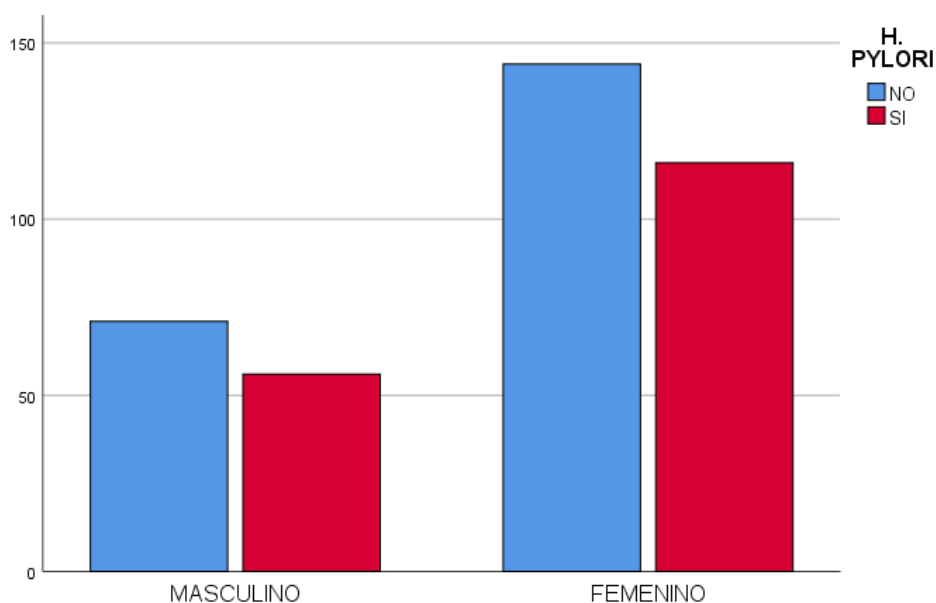


GRÁFICO 12: HELICOBACTER PYLORI*SEXO

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Basándonos en los 172 pacientes de nuestro estudio que tuvieron la presencia de *H. pylori* en su examen histológico, determinamos la relación de este microorganismo con el sexo, y obtuvimos que, en el caso de los 127 pacientes masculinos que conforman nuestra muestra, 56 presentaron *H. Pylori* en su estudio histológico que equivale al 32,6%. Mientras que, en el caso del sexo femenino, 116 pacientes de 260 que son parte de nuestra muestra, es decir el 67,4%, tuvieron *H. Pylori*.

Sin embargo, mediante Chi cuadrado se demuestra una distribución uniforme, es decir el *H. Pylori* no se asocia al sexo.

TABLA CRUZADA DE VARIABLES HELICOBACTER PYLORI – GRUPO ETARIO

TABLA 19: TABLA CRUZADA HELICOBACTER PYLORI*GRUPO ETARIO

		H. PYLORI		
		NO	SI	
GRUPO ETARIO	18 A 39 AÑOS	32	34	66
		14,9%	19,8%	17,1%
	40 A 64 AÑOS	125	89	214
		58,1%	51,7%	55,3%
	MAYORES DE 65 AÑOS	58	49	107
		27%	28,5%	27,6%
	TOTAL	215	172	387
		100%	100%	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC
Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

	Pruebas de chi-cuadrado		
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,122a	2	0,346
Razón de verosimilitud	2,116	2	0,347
Asociación lineal por lineal	0,249	1	0,618
N de casos válidos	387		

a 0 casillas (,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,33.

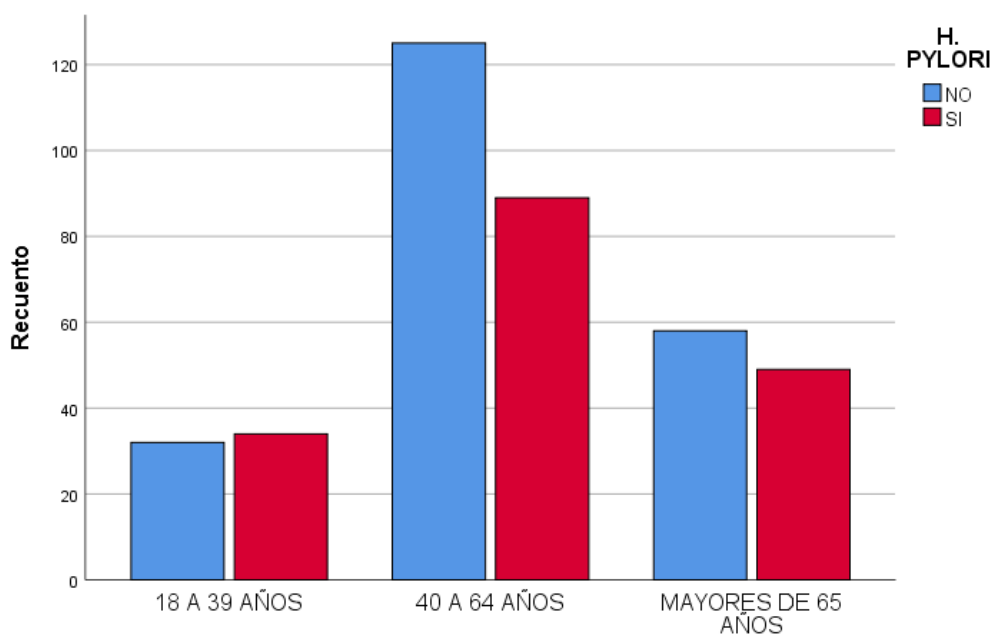


GRÁFICO 13: H. PYLORI*GRUPO ETARIO

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

En cuanto a la presencia de *H. Pylori* en los grupos etarios, se obtuvieron los siguientes datos; el grupo de 40-64 años con 51,7%, seguido del grupo de mayores de 65 años con el 28,5% y al final el grupo de 18-29 años con el 19,8%.

Sin embargo, mediante chi cuadrado se demuestra que, en este estudio, hay distribución uniforme entre el *H. Pylori* con el grupo etario, pero hay una significación con los pacientes dentro del rango 40 – 64 años.

TABLA CRUZADA DE CARACTERIZACIÓN CLÍNICA – HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

TABLA 20: TABLA CRUZADA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA*HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

		HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS				TOTAL
		Normal	Inflamatorio	Preneoplásica	Otros	
Epigastralgia	NO	14,3%	5,4%	3,5%	1,8%	25,1%
	SI	43,4%	15,8%	11,3%	4,5%	74,9%
TOTAL		57,7%	21,2%	14,8%	6,3%	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC
Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

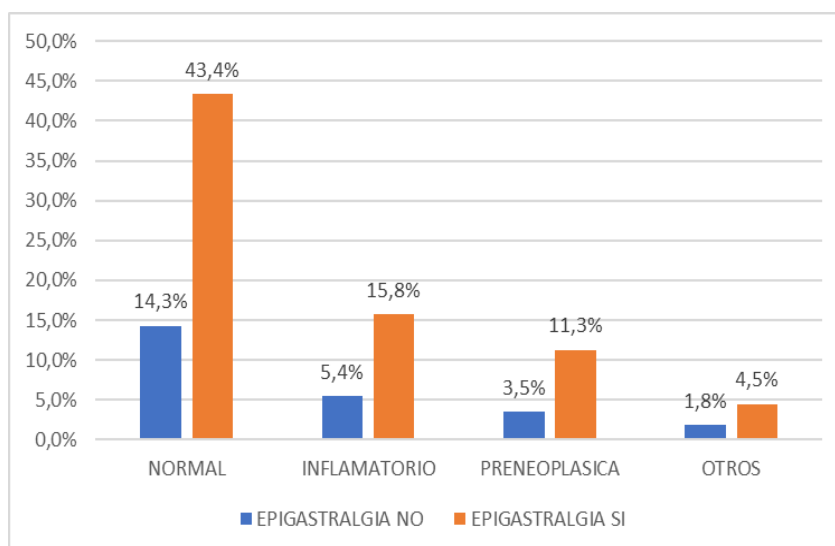


GRÁFICO 14: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA*HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS

Fuente: Departamento de estadística HTMC
Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Basándonos a las estadísticas obtenidas de la caracterización clínica, donde se demuestra que la epigastralgia es el síntoma predominante, se hace la correlación entre este con la endoscopia, obteniendo así que se asocia con los hallazgos normales con el 43,3% y patológicos: inflamación 15,8%, preneoplásico 11,3% y con otros hallazgos 4,5%. Al aplicar muestreo mediante Chi-cuadrado o variables no paramétricas, los datos no pueden ser comprobados, sin embargo, a pesar de no existir significancia nos muestran una relación entre la clínica y endoscopia.

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA – HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

TABLA 21: TABLA CRUZADA CARACTERIZACIÓN CLÍNICA*HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

		HALLAZGOS HISTOLÓGICOS		TOTAL
		NORMAL	PATOLOGICO	
EPIGASTRALGIA	NO	0	97	97
		0,0%	25,1%	25,1%
	SI	4	286	290
		1,0%	73,9%	74,9%
TOTAL		4	383	387
		1,0%	99,0%	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

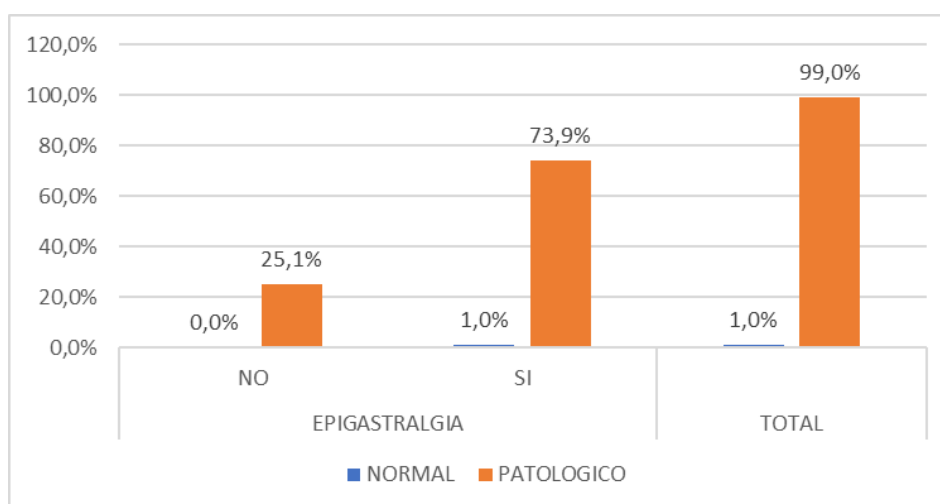


GRÁFICO 15: CARACTERIZACIÓN CLÍNICA*HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Como se evidencia en la tabla, al igual que en la endoscopia, se toma el síntoma predominante y se lo asocia con los hallazgos histológicos, donde obtuvimos: el 73,9% de los casos presenta asociación de epigastralgia con hallazgos patológicos mediante histología (gastritis crónica, pólipo, metaplasia, etc.) y sólo el 25,1% de la muestra no se haya correlación.

Al aplicar muestreo mediante Chi-cuadrado o variables no paramétricas, los datos no pueden ser comprobados, sin embargo, a pesar de no existir significancia nos muestran una relación entre la clínica y la histología.

TABLA CRUZADA DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS – HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

TABLA 22: TABLA CRUZADA HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS*HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

		HISTOLOGIA		% DEL TOTAL
		NORMAL	PATOLOGICO	
ENDOSCOPIA	INFLAMATORIA	0,75%	49,31%	50,1%
	PRENEOPLASICA	0,0%	34,91%	34,9%
	OTROS	0,25%	14,78%	15%
	% DEL TOTAL	1%	99%	100%

Fuente: Departamento de estadística HTMC. **Elaborado por:** E. Acosta; T Bedor.

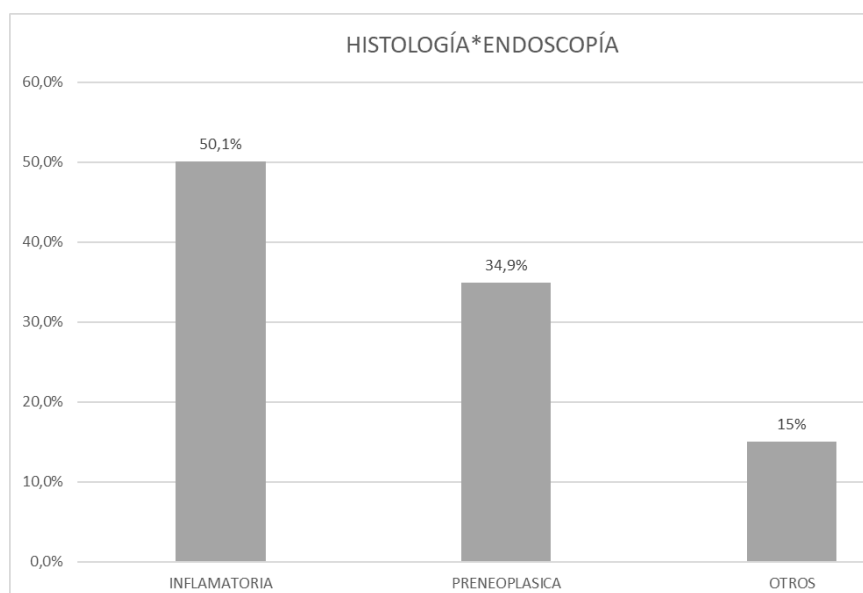


GRÁFICO 16: HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS*HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

Fuente: Departamento de estadística HTMC

Elaborado por: E. Acosta, T. Bedor

Interpretación:

Según las variables de la tabla, en la correlación que existe de la histología con la endoscopia, los hallazgos histológicos normales tienen porcentajes mínimos con respecto a los hallazgos de la endoscopia, sin embargo, los hallazgos histológicos normales se asocian principalmente con las lesiones inflamatorias endoscópicas con el 49,31%, seguida de las lesiones preneoplásicas con 34,91% y con otras lesiones sólo el 14,78%.

Al aplicar muestreo mediante Chi-cuadrado o variables no paramétricas, los datos no pueden ser comprobados, sin embargo, a pesar de no existir significancia nos muestran una relación entre la endoscopia y la histología.

4.2 DISCUSIÓN

En base a la bibliografía consultada durante este proyecto de investigación se menciona que la forma más frecuente de presentación de la dispepsia es la dispepsia funcional y la asociada a *H. Pylori* que la dispepsia orgánica; en este estudio, sin embargo, una vez obtenido los resultados de anatomía patológica, se comprueba que el tipo de dispepsia que más se presentó en nuestros pacientes fue la del tipo orgánico con el 99%.

Con relación al sexo en que predomina este trastorno, encontramos ciertas discrepancias con los estudios realizados en el Instituto de Ciencias Médicas GITAM and Research y el realizado en el Hospital Setting ambos en India en los cuales fue más prevalente el sexo masculino, mientras que en este trabajo la prevalencia se vio en el sexo femenino en un 67,2%, lo cual fue similar al estudio “Endoscopic yield of chronic dyspepsia in outpatients: A single-center experience in Cambodia. Journal Of Gastroenterology And Hepatology Foundation” del año 2019, en donde el sexo femenino fue el más afectado en un 54%.

En referencia al grupo etario, comparando los estudios consideramos en el marco teórico se llega a la conclusión que el grupo etario más afectado en dichos estudios mientras que en el presente trabajo, es el conformado por las edades entre 40 y 64 años. En cuanto a la media de edad en este trabajo esta fue de 55,01 años, lo cual es relativamente similar a la media de edad del estudio realizado en 2 instituciones de Lima – Perú, la cual fue de 51, 8 años en el Hospital Cayetano y de 47,5 años en la Clínica Anglo Americana; mientras que la media de edad en el estudio realizado en el Hospital Setting en North Kashmir- India fue de 41 años.

Basándonos en la caracterización clínica de la dispepsia, en este trabajo se evidencio que la epigastralgia fue referida en mayor proporción por los pacientes (40,1%), la epigastralgia junto con ardor epigástrico (7,5%), ardor epigástrico (6,70%), y la epigastralgia junto con flatulencias/meteorismo (6,5%); estos resultados coinciden con la literatura consultada, como el estudio “ Evaluation of the endoscopic findings in patients with dyspepsia” realizado en Urmia-Irán, en Julio 2019, el cual refirió que el síntoma más frecuente fue la epigastralgia.

En cuanto a los hallazgos endoscópicos más frecuentes en este tipo de pacientes, según el estudio realizado en Urmia- Irán por Jafari-Heidarloo A, Majidi H et al, el 65% no presentó anormalidades en sus estudios endoscópicos, 15% presentaron úlceras prepilóricas y 20% úlceras antrales, cifras algo similares al trabajo de Riyaz Saif, Wani Abdul et al en un Hospital de India, en el que el 73,1% de los hallazgos fueron normales y el 26,9% fueron anormales. En este trabajo obtuvimos que aproximadamente más de la mitad de la población no presento anormalidades, y los en los que si tuvieron se encontraron mucosa hiperémica sobre todo en las regiones del estómago, especialmente el cuerpo y antro (12,1%), mucosa congestiva, y la presencia de pólipos.

Refiriéndonos a los hallazgos histológicos, en este estudio el 99% de los resultados fueron anómalos, siendo los diagnósticos más frecuentes la Gastritis crónica con 66,7%, seguido de metaplasia intestinal con 11.9% y los pólipos en un 10,6%; y en base a la presencia o no de *H. Pylori*, esta se presentó en el 44,4% de la población estudiada. En comparación, en el estudio realizado por el Instituto de Ciencias Médicas GITAM and Research de India, el diagnóstico más común en primer lugar es la gastritis (45,8%), seguida de la esofagitis (15,4%); y en base a la presencia de *H. Pylori* este estuvo presente en el 38% en el estudio ejecutado en Irán por Jafari-Heidarloo A, Majidi H et al.

Por último, con respecto a la asociación *H. pylori* y sexo, en la investigación de Aliaga, J., Cedrón, H., & Pinto, J; mencionan que el sexo que mayor prevalencia de infección por *H. pylori* fue el femenino, sin embargo, en este trabajo no se demostró prevalencia por ningún sexo en relación con infección por *H. pylori*.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

1. De acuerdo al estudio, al revisar la historia clínica de 387 pacientes, la prevalencia del síndrome dispéptico en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, con respecto a la edad, tuvo una media de 55,01 años, con una desviación estándar de 14,75 años.
2. La mayoría de los pacientes que acudieron a consulta externa por presentar sintomatología de dispepsia, estuvieron en un rango de edad de 40 a 64 años de los casos, y tuvo mayor frecuencia en el sexo femenino.
3. En la clínica la frecuencia de los síntomas sin asociación, se presentó de la siguiente manera: epigastralgia, distensión abdominal, ardor epigástrico, flatulencia/meteorismo, llenura posprandial, náuseas/vómitos, saciedad temprana.
4. Mediante la asociación de los síntomas, los pacientes presentaron: predominio de epigastralgia sin otro síntoma asociado, seguido de epigastralgia con asociación de otros síntomas, entre otros con menor porcentaje y frecuencia.
5. La prevalencia de los hallazgos mediante endoscopia, varía de acuerdo al tipo de lesión y a la región anatómica, teniendo así: el tipo de lesión con mayor frecuencia en el tracto digestivo superior fue la mucosa hiperémica, seguida de erosión/atrofia, reflujo biliar, pólipo, mucosa congestiva, úlcera, hernia y metaplasia. La región anatómica donde se observó de manera constante estas lesiones fue principalmente el estómago

6. Mediante las muestras tomadas de los pacientes en quienes se observó lesiones por medio de endoscopia, a través de la histología se encontraron hallazgos que en orden de importancia fueron: gastritis crónica, metaplasia intestinal, pólipos, otras gastritis y entre otros hallazgos. Y de estos 387 pacientes se pudo determinar la alta prevalencia de *H.pylori*.
7. Existe una buena relación entre manifestaciones clínicas de epigastralgia y los hallazgos endoscópicos, pero una muy fuerte relación entre manifestaciones clínicas de epigastralgia y los hallazgos histológicos.

5.2 Recomendaciones:

- 1 Tomar en cuenta los resultados del presente estudio, los que al igual que otros trabajos de investigación van acorde a la literatura, aportando estadísticas significativas a nivel local.
- 2 Educar al paciente sobre el síndrome dispéptico, sobre todo si presentan comorbilidades o que tengan malos hábitos de vida, ya que estos son factores que influyen a que este trastorno se siga manifestando a pesar de que se mantenga un control del mismo.
- 3 En pacientes quienes lleguen a consulta externa con síntomas de alarma, y más aún que pertenezcan a un grupo etario de mayor prevalencia como lo es de 40 – 60 años, realizar estudio endoscópico del tracto gastrointestinal superior.
- 4 Todo paciente con síntoma dispéptico y que esté dentro del rango de edad de 40 a 60 años, debe ser investigado a profundidad tanto con el estudio endoscópico e histológico como también determinar la presencia de *H. pylori*.

- 5 En las evoluciones realizadas en el sistema AS-400, se debe usar de manera correcta el CIE-10: K30 DISPEPSIA FUNCIONAL, ya que la mayoría de las dispepsias en este estudio fueron de tipo orgánica. Una gran cantidad de las historias clínicas revisadas se les asigna este diagnóstico de dispepsia funcional como definitivo sin haber realizado un estudio endoscópico e histológico previo y que en estos no se observen ningún tipo de lesión o anormalidad.

CAPÍTULO VI

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Mindiola AL, Regino WO, Schmulson M. Enfoque diagnóstico y terapéutico de dispepsia y dispepsia funcional: ¿qué hay nuevo en el 2019? *Rev gastroenterol Perú* [Internet]. 2019;39(2):12. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292019000200009
2. Regalado MFA, Reinoso MMA, Bernal CRB. Hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos de pacientes con síntomas dispépticos atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante 2010-2011 [Internet]. [Cuenca-Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2013. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4085/1/MED177.pdf>
3. Harer KN, Hasler WL. Functional Dyspepsia: A Review of the Symptoms, Evaluation, and Treatment Options. *Journal of Gastroenterology and Hepatology* [Internet]. febrero de 2020;16(2):9. Disponible en: <https://www.gastroenterologyandhepatology.net/archives/february-2020/functional-dyspepsia-a-review-of-the-symptoms-evaluation-and-treatment-options/>
4. Black CJ, Houghton LA, Ford AC. Insights into the evaluation and management of dyspepsia: recent developments and new guidelines. *Ther Adv Gastroenterol* [Internet]. 30 de octubre de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207968/>
5. Almeida AM, Martins LAG, Cunha PLT, Brasil VW, Félix LGF, Passos M do CF. Prevalence of dyspeptic symptoms and heartburn of adults in Belo Horizonte, Brazil. *Arq Gastroenterol* [Internet]. marzo de 2017 [citado 11 de octubre de 2020];54(1):46-50. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032017000100046&lng=en&tng=en
6. Moayyedi P, Lacy B, Andrews C, Enns R, Howden C, Vakil N. ACG and CAG Clinical Guideline: Management of Dyspepsia. *Am J Gastroenterol* [Internet]. 20 de junio de 2017;112(7):988-1013. Disponible en: <http://journals.lww.com/00000434-201707000-00010>
7. Carmona-Sánchez R, Gómez-Escudero O, Zavala-Solares M, Bielsa-Fernández MV, Coss-Adame E, Hernández-Guerrero AI, et al. Consenso mexicano sobre la dispepsia. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. 1 de octubre de 2017 [citado 11 de octubre de 2020];82(4):309-27. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090617300241>

8. Madisch A, Andresen V, Enck P, Labenz J, Frieling T, Schemann M. The Diagnosis and Treatment of Functional Dyspepsia. *Dtsch Arzteblatt Int* [Internet]. 30 de 2018;115(13):222-32. Disponible en: <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2018.0222>
9. Caballero-Mateos A-M^a, Redondo-Cerezo E, Caballero-Mateos A-M^a, Redondo-Cerezo E. Dispepsia, dispepsia funcional y criterios de Roma IV. *Rev Esp Enfermedades Dig* [Internet]. agosto de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];110(8):530-1. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1130-01082018000800014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
10. Francis P, Zavala SR. Functional Dyspepsia. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554563/>
11. Kim SE, Kim N, Lee JY, Park KS, Shin JE, Nam K, et al. Prevalence and Risk Factors of Functional Dyspepsia in Health Check-up Population: A Nationwide Multicenter Prospective Study. *J Neurogastroenterol Motil* [Internet]. octubre de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];24(4):603-13. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175566/>
12. Pittayanon R, Leelakusolvong S, Vilaichone R-K, Rojborwonwitaya J, Treeprasertsuk S, Mairiang P, et al. Thailand Dyspepsia Guidelines: 2018. *J Neurogastroenterol Motil* [Internet]. enero de 2019 [citado 11 de octubre de 2020];25(1):15-26. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6326203/>
13. Longstreth, MD GF, Lacy, MD, PhD BE. Approach to the adult with dyspepsia [Internet]. UpToDate. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-dyspepsia#references>
14. Longstreth, MD GF, Lacy, MD, PhD BE. Functional dyspepsia in adults [Internet]. UpToDate. 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/functional-dyspepsia-in-adults>
15. Miwa H, Oshima T, Tomita T, Fukui H, Kondo T, Yamasaki T, et al. Recent understanding of the pathophysiology of functional dyspepsia: role of the duodenum as the pathogenic center. *J Gastroenterol* [Internet]. 2019 [citado 11 de octubre de 2020];54(4):305-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6437122/>
16. Koduru P, Irani M, Quigley EMM. Definition, Pathogenesis, and Management of That Cursed Dyspepsia. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 1 de abril de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];16(4):467-79. Disponible en: [https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565\(17\)31063-7/abstract](https://www.cghjournal.org/article/S1542-3565(17)31063-7/abstract)

17. Vakil, MD N. Assessment of dyspepsia - Differential diagnosis of symptoms | BMJ Best Practice [Internet]. BMJ best practice. 2020 [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/769>
18. Sebastián Domingo JJ. The new Rome criteria (IV) of functional digestive disorders in clinical practice. Med Clin (Barc) [Internet]. 23 de 2017;148(10):464-8. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/317148654_The_new_Rome_criteria_IV_of_functional_digestive_disorders_in_clinical_practice
19. Gosson C, Gorard L, Goel R. Recommended management of dyspepsia in primary care. Prescriber [Internet]. 2019 [citado 11 de octubre de 2020];30(11):11-5. Disponible en: <https://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/psb.1800>
20. Tomita T, Oshima T, Miwa H. New Approaches to Diagnosis and Treatment of Functional Dyspepsia. Curr Gastroenterol Rep [Internet]. 18 de octubre de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];20(12):55. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11894-018-0663-4>
21. Feldman M, Lawrence S. F, Lawrence J B. Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease- 2 Volume Set - 10th Edition [Internet]. 10ma ed. Vol. 2. Elsevier; 2020 [citado 11 de octubre de 2020]. 183-184 p. Disponible en: <https://www.us.elsevierhealth.com/sleisenger-and-fordtrans-gastrointestinal-and-liver-disease-2-volume-set-9780323609623.html>
22. Muñoz-Navas M, Betés M. Protocolo de indicaciones, contraindicaciones y complicaciones de la endoscopia en el tracto digestivo superior. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 11 de octubre de 2020];12(3):152-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216000366>
23. Cortijo RC. Evaluación en la práctica clínica de colonoscopios equipados con nuevos avances tecnológicos [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. [Elche - España]: Universidad Miguel Hernández; 2017 [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=110298>
24. González Avalos MG de L, Linares Segovia B, Ramírez Barba ÉJ, Salcedo Gómez JP, Flores Calleja HE. Indicaciones para esofagogastroduodenoscopia. Utilidad de las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) en un hospital del bajo mexicano. Endoscopia [Internet]. 1 de octubre de 2015 [citado 11 de octubre de 2020];27(4):156-61. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0188989315000743>

25. Santocoloma Osorio M. Endoscopia Digestiva Alta Diagnóstica. Indicaciones y Complicaciones. En: Técnicas en Endoscopia Digestiva [Internet]. Segunda. Colombia: ACED; 2020 [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/gastroenterologia/vol-142/gastro14299_endoscopia/
26. Ledesma JAL, Mera MJR, Moyon LJA, Avila KNG. V.E.D.A terapéutica en hemorragia digestiva alta. RECIAMUC [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 11 de octubre de 2020];4(1):105-13. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/445>
27. Kovaleva J. Infectious complications in gastrointestinal endoscopy and their prevention. Best Pract Res Clin Gastroenterol. octubre de 2016;30(5):689-704.<https://sci-hub.st/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521691816300725?via%3Dihub>
28. Valdés Lías R. Esofagogastroduodenoscopia diagnóstica. En: Gastroenterología. Primera. México: McGRAW-HILL; 2012. p. 666-676.
29. Huerta-Iga F, Bielsa-Fernández MV, Remes-Troche JM, Valdovinos-Díaz MA, Tamayo-de la Cuesta JL. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux disease: recommendations of the Asociación Mexicana de Gastroenterología. Rev Gastroenterol México Engl Ed [Internet]. 1 de octubre de 2016 [citado 11 de octubre de 2020];81(4):208-22. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255534X16300482>
30. Valdovinos-Andraca F, Bernal-Méndez AR, Barreto-Zúñiga R, Briseño-García D, Martínez-Lozano JA, Romano-Munive AF, et al. Barrett's esophagus: Ten years of experience at a tertiary care hospital center in Mexico. Rev Gastroenterol México Engl Ed [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];83(1):25-30. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255534X17300877>
31. Dra. Ramírez. MA, Dr. Fluxa G. F. ESÓFAGO DE BARRETT: REVISIÓN DE LA LITERATURA. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de septiembre de 2015;26:557-64. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/283955243_ESOFAGO_DE_BARRETT_REVISION_DE_LA_LITERATURA
32. Lucendo AJ, Molina-Infante J. Eosinophilic oesophagitis: Current evidence-based diagnosis and treatment. Gastroenterol Hepatol [Internet]. abril de 2018;41(4):281-91. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/323104008_Eosinophilic_oesophagitis_Current_evidence-based_diagnosis_and_treatment

33. Li L, Chakinala R. Cytomegalovirus Esophagitis [Internet]. Actualizado el 30 de mayo de 2020]. En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2020 enero-. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556110/>
34. Calanca R, Cesar F, Anuar R. Esofagitis Infecciosa [Internet]. YUMPU. [citado 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/17894659/8-esofagitis-infecciosa-axon>
35. LaBrecque, Khan, Le Mair. Várices esofágicas [Internet]. World Gastroenterology Organisation. 2015. Disponible en: <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/esophageal-varices/esophageal-varices-spanish>
36. Maquilón T S, Espino E A. Gastritis autoinmune: diagnóstico y manejo de una entidad subdiagnosticada. Gastroenterol Latinoam [Internet]. 31 de mayo de 2019 [citado 11 de octubre de 2020];30(1):13-20. Disponible en: <https://gastrolat.org/gastritis-autoinmune-diagnostico-y-manejo-de-una-entidad-subdiagnosticada/>
37. Martínez D, Otero W, Ricaurte O. Impacto del sistema OLGA en la detección de gastritis crónica atrófica en Colombia: un estudio de casos y controles. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2016 [citado 11 de octubre de 2020];31(4):360-7. Disponible en: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/111>
38. Itoh T, Kawahira H, Nakashima H, Yata N. Deep learning analyzes Helicobacter pylori infection by upper gastrointestinal endoscopy images. Endosc Int Open [Internet]. febrero de 2018 [citado 11 de octubre de 2020];06(02):E139-44. Disponible en: <http://www.thieme-connect.de/DOI/DOI?10.1055/s-0043-120830>
39. Mulet Pérez A, Rodríguez Castro Y, Gámez Escalona MM, Rodríguez González L, Rodríguez Diéguez M, Matos Pérez MJ. Gastritis crónica antral por Helicobacter pylori en pacientes con y sin reflujo duodenogástrico. Correo Cient Méd Holguín [Internet]. 2014 [citado 11 de octubre de 2020];18(1):1-14. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ccm/v18n1/ccm09114.pdf>
40. Angós R. Gastritis. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 1 de febrero de 2016 [citado 11 de octubre de 2020];12(2):66-73. Disponible en: <https://sci-hub.st/https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541216000172>
41. Dunlap JJ, Patterson S. PEPTIC ULCER DISEASE. Gastroenterol Nurs [Internet]. octubre de 2019 [citado 11 de octubre de 2020];42(5):451–454. Disponible en: <https://sci->

hub.st/https://journals.lww.com/gastroenterologynursing/Citation/2019/09000/PEPTIC_ULCER_DISEASE.10.aspx

42. Wang A, Yerxa J, Agarwal S, Turner MC, Schroder V, Youngwirth LM, et al. Surgical management of peptic ulcer disease. *Curr Probl Surg* [Internet]. 1 de febrero de 2020 [citado 11 de octubre de 2020];57(2):100728. Disponible en: <https://sci-hub.st/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0011384019302291?via%3Dihub>
43. Díaz ROR, Sosa JAP, Velasco RCR. Reflujo duodenogástrico. Definición y diagnóstico. *Cir Gen* [Internet]. 2016;37(3-4):91-8. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-00992015000200091&lng=es&nrm=iso
44. Echeverría G, Marruffo M, Folkmanas W, Linares B, Rodríguez J, Mendoza S. Duodenitis en Pacientes con Dispepsia: Correlación Endoscópica e Histológica. *Rev GEN* [Internet]. 12 de agosto de 2016 [citado 12 de octubre de 2020];66(3):147-50. Disponible en: <http://www.genrevista.org/index.php/GEN/article/view/209>
45. Moscoso J F, Quera P R. Enfermedad celíaca.Revisión. *Rev Médica Chile* [Internet]. febrero de 2016 [citado 12 de octubre de 2020];144(2):211-21. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-98872016000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. RODRIGUEZ OLASO X, OLANO GOSSWEILER C, LOPEZ GONZALEZ V. Uso de nuevas técnicas y procedimientos endoscópicos en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad celíaca. *Rev Urug Med Interna* [Internet]. 17 de marzo de 2018 [citado 12 de octubre de 2020];3(1). Disponible en: http://www.medicinainterna.org.uy/wp-content/uploads/2018/03/Rumi_N°1_2018_pgs3-14.pdf
47. Delor R, Emilio R. Actualización en el diagnóstico de la enfermedad celíaca. *An Fac Med* [Internet]. octubre de 2016 [citado 12 de octubre de 2020];77(4):397-402. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832016000400013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
48. Oung B, Chea K, Oung C, Saurin J, Ko CW. Endoscopic yield of chronic dyspepsia in outpatients: A single-center experience in Cambodia. *JGH Open Open Access J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 24 de junio de 2019 [citado 12 de octubre de 2020];4(1):61-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7008163/>
49. Aliaga Ramos J, Cedrón Cheng H, Pinto Valdivia J. Comparación de prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia

entre dos instituciones de diferentes estratos socioeconómicos en el periodo 2017-2018. *Rev Gastroenterol Perú* [Internet]. julio de 2019 [citado 12 de octubre de 2020];39(3):211-4. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1022-51292019000300002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

50. Yellapu R, Boda S. Upper Gastrointestinal Endoscopic Findings of Patients Presenting with Dyspepsia - A Tertiary Care Centre Experience. *Int J Contemp Med Res IJCMR* [Internet]. septiembre de 2019 [citado 12 de octubre de 2020];6(9):136-9. Disponible en: https://www.ijcmr.com/uploads/7/7/4/6/77464738/ijcmr_2726_v1.pdf
51. Heidarloo AJ, Majidi H, Mehryar HR, Azar MRH, Hasani L. Evaluation of the endoscopic findings in patients with dyspepsia. *J Res Clin Med* [Internet]. 10 de febrero de 2019 [citado 12 de octubre de 2020];7(1):12-7. Disponible en: https://jrclm.tbzmed.ac.ir/Article/JARCM_21037_20181130044255
52. Andrabi RUS, Ahad WA, Yousuff M, Dawood B, Mudasir M, Mushtaq S. Endoscopic Findings in Persistent Dyspepsia in Secondary Care Hospital Setting in North Kashmir. *J Assoc Physicians India* [Internet]. septiembre de 2019;67(9):46-9. Disponible en: <https://www.japi.org/q2f4e4a4/endoscopic-findings-in-persistent-dyspepsia-in-secondary-care-hospital-setting-in-north-kashmir>

ANEXOS

ANEXO 1: DETALLE DE LESIONES EN ESÓFAGO

ESOFAGO

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUCOSA NORMAL	344	88,9
	MUCOSA HIPEREMICA	14	3,6
	MUCOSA CONGESTIVA	1	,3
	POLIPO	3	,8
	HERNIA	12	3,1
	EROSION/ATROFIA	2	,5
	OTROS	11	2,8
	Total	387	100,0

ANEXO 2: DETALLE DE LESIONES EN FUNDUS

		FUNDUS	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUCOSA NORMAL	298	77,0
	MUCOSA HIPEREMICA	30	7,8
	MUCOSA CONGESTIVA	2	,5
	POLIPO	25	6,5
	EROSION/ATROFIA	26	6,7
	REFLUJO BILIAR	3	,8
	OTROS	3	,8
	Total	387	100,0

ANEXO 3: DETALLE DE LESIONES EN CUERPO GÁSTRICO

		CUERPO	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUCOSA NORMAL	97	25,1
	MUCOSA HIPEREMICA	115	29,7
	MUCOSA CONGESTIVA	10	2,6
	POLIPO	27	7,0
	HERNIA	1	,3
	EROSION/ATROFIA	45	11,6
	METAPLASIA	2	,5
	ULCERA	3	,8
	REFLUJO BILIAR	75	19,4
	OTROS	12	3,1
	Total	387	100,0

ANEXO 4: DETALLE DE LESIONES EN ANTRO

		ANTRO	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUCOSA NORMAL	12	3,1
	MUCOSA HIPEREMICA	186	48,1
	MUCOSA CONGESTIVA	35	9,0
	POLIPO	12	3,1
	EROSION/ATROFIA	102	26,4
	METAPLASIA	3	,8
	ULCERA	22	5,7
	REFLUJO BILIAR	9	2,3
	OTROS	6	1,6
	Total	387	100,0

ANEXO 5: DETALLE DE LESIONES EN DUODENO-YEYUNO

		DUODENO Y YEYUNO	
		Frecuencia	Porcentaje
Válido	MUCOSA NORMAL	365	94,3
	MUCOSA HIPEREMICA	7	1,8
	MUCOSA CONGESTIVA	1	,3
	POLIPO	8	2,1
	EROSION/ATROFIA	4	1,0
	OTROS	2	,5
	Total	387	100,0