

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO
PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS
FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE
GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENCHE DE
AREQUIPA, 2017.**

Tesis presentada por el Bachiller:

Franco Velazco, Deyvis Cristian

Para optar el Título Profesional de Médico - Cirujano.

Asesor: Dr. Zegarra Marquina, José Alonso

Arequipa - Perú

2018



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS

DECRETO N° 148 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENCHE DE AREQUIPA, 2017”

Presentado por el (la) Sr. (ta):

DEYVIS CRISTIAN FRANCO VELAZCO

Nuestro dictamen es:

FAVORABLE

OBSERVACIONES:

Arequipa, *12 de Mayo del 2018*

Lily Montesinos
.....
DRA. LILY EUFEMIA MONTESINOS
Médico Internista - Nefróloga
C.M.P. 11226 - R.N.E. 11308

Manuel Medina Vásquez
.....
DR. MANUEL EDWIN MEDINA VÁSQUEZ
Médico Internista
C.M.P. 11827 - R.N.E. 22216

Victor Luis Vasquez Huerta
.....
DR. VICTOR LUIS VÁSQUEZ HUERTA
1116

AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme la vida, por permitir que cumpla mis sueños, por guiarme y darme mucha fortaleza en este pequeño recorrido de mi formación profesional, por brindarme un hogar y el pan de cada día y por bendecirme con unos padres maravillosos y una hermana increíble.

A los pocos docentes que se ganaron mi admiración y respeto, a quienes pude llamar maestros, personas de gran sabiduría, ya que compartieron sus conocimientos médicos y experiencias de vida que me formaron y guiaron en esta etapa de mi vida.

Agradezco de forma muy especial a mis padres por haberme formado en un hogar con valores, respeto, responsabilidad y coraje que sirvieron de base para cumplir mis objetivos, para ellos mi eterno amor y agradecimiento.

A todos los Hospitales que me permitieron aprender en sus pasillos y en especial al Hospital III Goyeneche que me abrió sus puertas posteriormente para el desarrollo de mi tesis.

DEDICATORIA

*Quiero dedicar esta Tesis a mis
padres Víctor Franco Gallegos y
Betty Velazco Quenta quienes me
brindan su apoyo incondicional
en cada momento de mi vida, por
sus consejos, quienes creen en
mí y me dieron la oportunidad de
tener una excelente educación
basada en valores y principios,
todo lo que soy es gracias a
ellos.*

*A mi hermana Yamileth Franco
Velazco quien es mi compañera
de estudios y mi principal
motivación para nunca
detenernos en el maravilloso
mundo de la Medicina.*

EPIGRAFE

“Nunca Consideres el estudio como una obligación, sino como una oportunidad para penetrar en el bello y maravilloso mundo del saber”

Albert Einstein.

“No me importa ser el hombre más rico del cementerio. Lo que me importa es irme a la cama por las noches sabiendo que hemos hecho algo hermoso”

Steve Jobs

INDICE GENERAL

Contenido

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN	xi
CAPITULO I. MATERIALES Y MÉTODOS	1
1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.....	2
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.	2
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.	3
CAPÍTULO II. RESULTADOS	6
CAPITULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	35
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.	36
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	45
CONCLUSIONES:.....	46
RECOMENDACIONES:.....	47
BIBLIOGRAFÍA	48
ANEXOS	50
Bibliografía	34

Índice de tablas

TABLA 1. SEXO DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA ALTA	7
TABLA 2. GRUPO ETARIO DE PACIENTES SOMETIOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA.	9
TABLA 3. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS PREENDOSCOPICOS	11
TABLA 4. FRECUENCIAS DE DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS	14
TABLA 5. ZONA DEL TUBO DIGESTIVO CON MAYOR FRECUENCIA DE HALLAZGOS ENDOSCOPICOS	17
TABLA 6 FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO CLINICO	19
TABLA 7. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO	21
TABLA 8. FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	23
TABLA 9. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	25
TABLA 10. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE GASTRITIS/GASTROPATÍA/DISPEPSIA	27
TABLA 11. CONCOPORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE ENFERMEDAD ULCERO PÉPTICA	29
TABLA 12. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA MALIGNA GASTRICA	31
TABLA 13. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE VÁRICES ESOFÁGICAS	33

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1. SEXO DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	8
GRÁFICO 2. GRUPO ETARIO DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	10
GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO CLÍNICOS PREENDOSCÓPICOS	13
GRÁFICO 4. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS FUENTE: TABLA 4	16
GRÁFICO 5. ZONA DEL TUBO DIGESTIVO CON MAYOR FRECUENCIA DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS	18
GRÁFICO 6. FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO	20
GRÁFICO 7. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	22
GRÁFICO 8. FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO ENDOSCÓPICO	24
GRÁFICO 9. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO	26
GRÁFICO 10. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE GASTRITIS/GASTROPATIA/DISPEPSIA	28
GRÁFICO 11. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE ENFERMEDAD ULCERO PÉPTICA	30
GRÁFICO 12. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA MALIGNA GASTRICA	32
GRÁFICO 13. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE VÁRICES ESOFÁGICAS	34

RESUMEN

Objetivo: Establecer la concordancia entre el diagnóstico Clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y Diagnóstico de la endoscopia digestiva del servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche. Arequipa, 2017.

Métodos: Revisión de informes de endoscopia digestiva alta del Servicio de Gastroenterología en el periodo de estudio.

Resultados: Se evaluó 532 pacientes que cumplieron los criterios de selección. Predominan las mujeres (56.8%) sobre los varones (43,2%), el grupo etario más afectado tuvo 71 años a más (24.2%). Los Diagnósticos Clínicos más frecuentes son: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia (24.24%), Hemorragia Digestiva alta, (17,12%), Enfermedad Ulcero Péptica (16.10%), Neoplasia Maligna Gástrica (11.30%) y varices esofágicas (9.25%). Los Diagnósticos Endoscópicos más frecuentes son: Gastropatía eritematosa (32.48%), Gastropatía erosiva (11.81 %), varices esofágicas (6.10%). La zona del tubo digestivo con más hallazgos endoscópicos es el Antro (87.0%). Existe relación entre el diagnóstico clínico y endoscópico en Gastritis/Gastropatía/Dispepsia, Neoplasia Maligna Gástrica y Varices esofágicas ($P < 0.05$), el grado de concordancia establecido por el coeficiente kappa de Cohen es Pobre ($k = 0.07$), Débil ($k = 0.273$) y Buena ($k = 0.638$) respectivamente. No existe relación entre ambos diagnósticos en la Enfermedad Ulcero Péptica ($P > 0.05$). No se puede establecer concordancia en el Diagnóstico de Hemorragia digestiva Alta.

Conclusión: Existe concordancia entre el diagnóstico clínico y endoscópico en las patologías de Gastritis/Gastropatía/Dispepsia, Neoplasia Maligna Gástrica y Varices esofágicas, el grado de concordancia establecido por el coeficiente Kappa de Cohen, es Pobre Débil y Buena respectivamente. No existe concordancia entre ambos diagnósticos en la Enfermedad Ulcero Péptica.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico clínico, Diagnóstico endoscópico, Concordancia.

ABSTRACT

Objective: To establish the agreement between the pre-endoscopic clinical diagnostic of the most frequent diseases and the diagnosis of digestive endoscopy of the Gastroenterology service of Hospital III Goyeneche. Arequipa, 2017

Methods: Review of upper digestive endoscopy reports of the Gastroenterology Service during the study period.

Results: We evaluated 532 patients who met the selection criteria. Women predominate (56.8%) over men (43.2%), the most affected age group was over 71 years old (24.2%). The most frequent Clinical Diagnoses are: Gastritis / Gastropathy / Dyspepsia (24.24%), High Digestive Hemorrhage, (17,12%), Peptic Ulcer Disease (16.10%), Gastric Malignant Neoplasia (11.30%) and esophageal varices (9.25%). The most frequent endoscopic diagnoses are: erythematous gastritis (32.48%), erosive gastritis (11.81%), esophageal varices (6.10%). The area of the digestive tube with the most endoscopic findings is the Antrum (87.0%). There is a relationship between the clinical and endoscopic diagnosis in Gastritis / Gastropathy / Dyspepsia, Gastric Malignant Neoplasia and Esophageal Varices ($P < 0.05$), the degree of agreement established by Cohen's kappa coefficient is Poor ($k = 0.07$), Weak ($k = 0.273$) and Good ($k = 0.638$) respectively. There is no relationship between the two diagnoses in Peptic Ulcer Disease ($P > 0.05$). Unable to establish concordance in the Diagnosis of High Digestive hemorrhage.

Conclusion: There is concordance between the clinical and endoscopic diagnosis in the pathologies of Gastritis / Gastropathy / Dyspepsia, Gastric Malignant Neoplasm and Esophageal Varices, however the degree of agreement is Poor, Weak and Good respectively. There is no concordance between the two diagnoses in Peptic Ulcer Disease.

KEYWORDS: Clinical Diagnosis, Endoscopic Diagnosis, Concordance.

INTRODUCCIÓN

La endoscopia digestiva alta o gastroscopia es una prueba ampliamente utilizada para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, se define como “aquella técnica de exploración visual dentro de una cavidad o conducto,” (1) en este caso de la vía digestiva alta (boca, esófago, estómago y duodeno proximal). Su realización es cada vez más frecuente, como una forma de identificar de manera directa potenciales lesiones gástricas en personas que presentan síntomas comunes a la parte inicial del tubo digestivo.

En muchas ocasiones las manifestaciones clínicas de las patologías digestivas altas pueden ser poco precisas o comunes a diversas patologías, por lo que el diagnóstico basado sólo en la clínica puede ser impreciso, y los estudios de laboratorio pueden ser de poca utilidad por la diversidad de patologías, sea en el esófago (como el reflujo o la esofagitis), en el estómago (gastritis aguda o crónica, cáncer gástrico, úlcera gástrica etc.) y duodenales (duodenitis, úlcera duodenal). Es por ello que la endoscopia cobra gran importancia por la posibilidad de no sólo observar directamente las características de las lesiones sino brindar información pronóstica y alternativas terapéuticas, así como también la toma de biopsias dirigidas en caso de ser necesarios.

Inclusive la realización de biopsias puede ser influida por la técnica endoscópica, puesto que la evaluación de la mucosa gastrointestinal en una endoscopia rutinaria se hace con luz blanca, pero puede pasar por alto una serie de lesiones, que dan lugar a una mala interpretación de resultados y a una terapia retardada o subóptima.

Los resultados de la presente investigación contribuirán a identificar la utilidad de la sospecha clínica en relación con el Diagnóstico endoscópico en patología digestiva alta, como procedimiento de elevada frecuencia de realización para el estudio diagnóstico de la porción inicial del tubo digestivo.

CAPITULO I. MATERIALES Y MÉTODOS



1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN.

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación.
- Material de escritorio.
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma histórica durante el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2017.

2.3. Unidades de estudio: Informes de endoscopia digestiva alta de pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.4. Población: Todos los reportes de endoscopia alta, considerando los criterios de inclusión y exclusión de pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa en el periodo de enero a diciembre del 2017.

Criterios de selección:

- ♦ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el periodo de enero a diciembre del 2017.
- De ambos sexos.
- Mayores de 18 años.

- ♦ **Criterios de Exclusión**

- Pacientes sin informe de endoscopia Alta.
- Endoscopías de control.
- Pacientes que fueron sometidos exclusivamente a un procedimiento terapéutico endoscópico.
- Pacientes con informe de endoscopia alta incompletos
- Pacientes con informe de endoscopia alta ilegibles.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

3.1. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital Goyeneche y la jefatura del Servicio de Gastroenterología para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se revisarán los informes de endoscopia digestiva alta realizados en el Servicio de Gastroenterología en el periodo de estudio, para verificar que cumplan los criterios de selección. Todas las endoscopías fueron realizadas con el endoscopio marca Fujinon, system 2500 procesor, con pantalla Radiance. Se recogerán las variables de interés en una ficha de recolección de datos (Anexo N° 1).

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

- a) Humanos
 - Investigador
 - Asesor.
- b) Materiales
 - Fichas de investigación
 - Material de escritorio
 - Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.
- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.3. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por ser un instrumento para recolectar información

3.4. Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en las fichas de investigación serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz se diseñará en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

c) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio), las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante el cálculo del chi cuadrado; el grado de concordancia se establecerá mediante el Coeficiente Kappa de Cohen. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete IBM SPSS Statistics v.23.0.



CAPÍTULO II. RESULTADOS



*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

**TABLA 1. SEXO DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA**

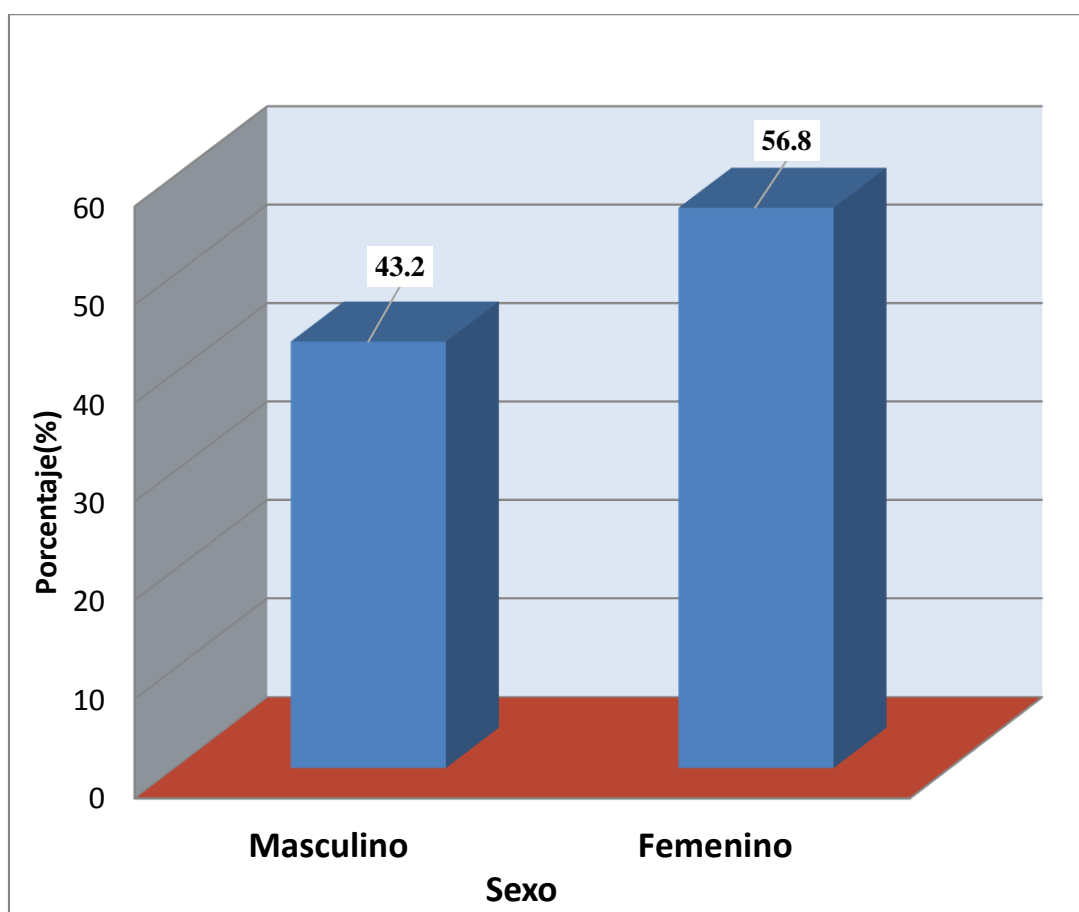
Sexo	N°.	%
Masculino	230	43,2
Femenino	302	56,8
TOTAL	532	100

FUENTE: Elaboración propia.

Se evidencia que el 56.8% de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa en el 2017 son de sexo femenino, mientras que el 43.2% son de sexo masculino.

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

**GRÁFICO 1. SEXO DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA**



FUENTE: Tabla 1

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

**TABLA 2. GRUPO ETARIO DE PACIENTES SOMETIDOS A ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA.**

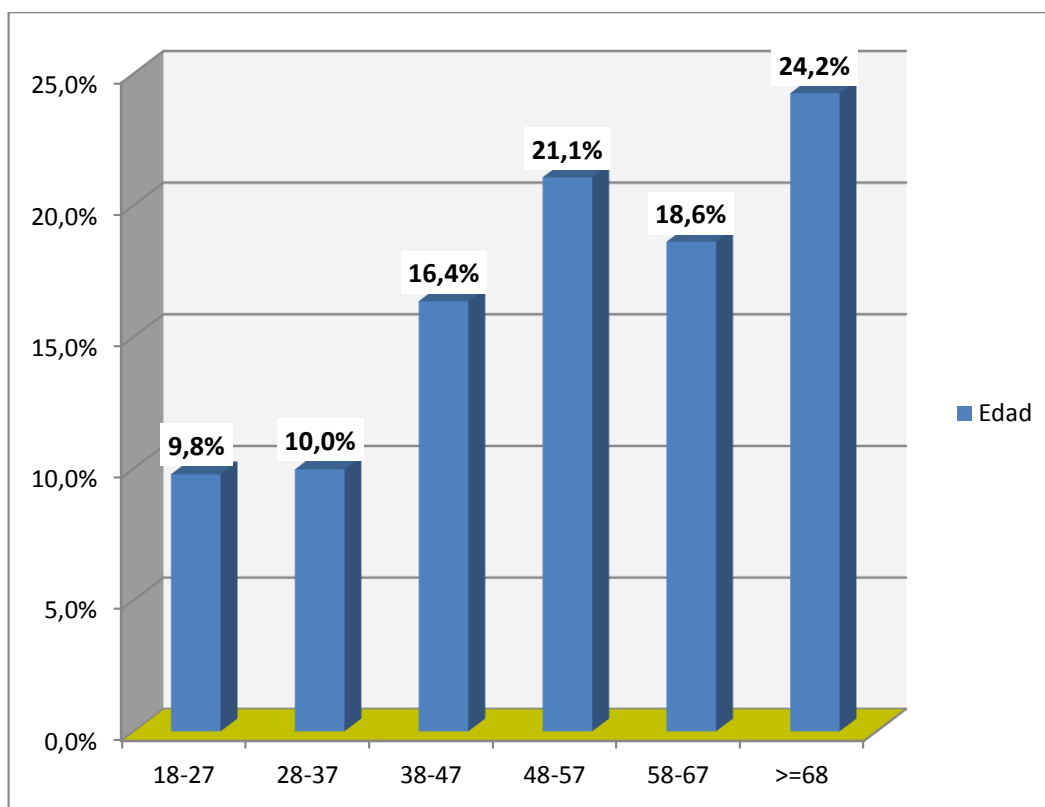
Edad	N°.	%
18-27	52	9,8
28-37	53	10,0
38-47	87	16,4
48-57	112	21,1
58-67	99	18,6
>=68	129	24,2
TOTAL	532	100

FUENTE: Elaboración propia.

Se muestra que el 24.2% de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa tienen 68 años a mas, mientras que el 9.8% tienen entre 18-27 años.

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

**GRÁFICO 2. GRUPO ETARIO DE PACIENTES SOMETIDOS A
ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA**



FUENTE: Tabla 2

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

**TABLA 3. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS
PREENDOSCOPICOS**

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS	n=584	%
Gastritis/ Gastropatía/ Dispepsia	141	26.50%
Hemorragia Digestiva Alta	100	18.80%
Enfermedad Ulcero Péptica	94	17.67%
Neoplasia Maligna Gástrica	66	12.41%
Várices Esofágica	54	10.15%
Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico	39	7.33%
Cirrosis Hepática	19	3.57%
Disfagia	11	2.07%
Esofagitis	8	1.50%
Ampuloma	5	0.94%
Estenosis de Duodeno	5	0.94%
Estenosis de Esófago	4	0.75%
Neoplasia Maligna de Duodeno	4	0.75%
Neoplasia Maligna de Esófago	4	0.75%
Anemia Crónica	3	0.56%
Cuerpo extraño en Esófago	3	0.56%
Pólipos gástricos	3	0.56%
Candidiasis esofágica	2	0.38%
Hernia Hiatal	2	0.38%
Várices gástricas	2	0.38%
Neoplasia Maligna de Vías Biliares	2	0.38%
Disfonía	1	0.19%

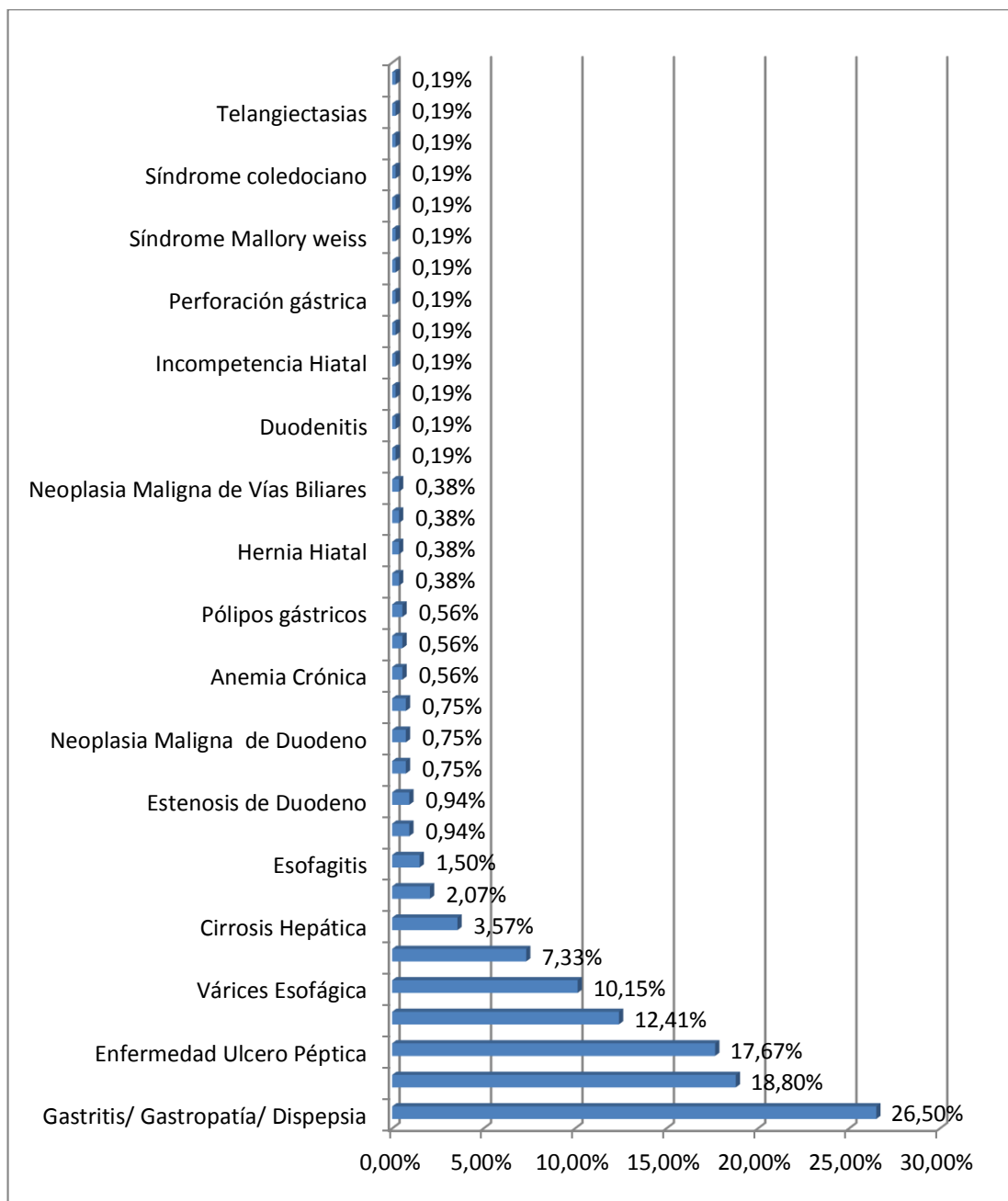
Duodenitis	1	0.19%
Estenosis pilórica	1	0.19%
Incompetencia Hiatal	1	0.19%
Anemia Megaloblastica	1	0.19%
Perforación gástrica	1	0.19%
Pseudoquiste pancreático	1	0.19%
Síndrome Mallory weiss	1	0.19%
Síndrome pilórico	1	0.19%
Síndrome coledociano	1	0.19%
Tuberculosis gastrointestinal	1	0.19%
Telangiectasias	1	0.19%
Úlcera esofágica	1	0.19%

FUENTE: Elaboración propia.

El diagnóstico clínico más frecuente hallado fue la Gastritis/Gastropatía/Dispepsia, siendo éste diagnosticado en el 26.50% del total de pacientes, seguido de Hemorragia Digestiva Alta, Enfermedad Ulcero Péptica, Neoplasia Maligna Gástrica y Varices esofágicas diagnosticadas en el 18.80%, 17.67%, 12,41% y 10.15% respectivamente de los pacientes en estudio.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 3. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICO CLÍNICOS PREENDOSCÓPICOS



FUENTE: Tabla 3

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

TABLA 4. FRECUENCIAS DE DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS

DIAGNOSTICO ENDOSCÓPICO	(n=1050)	(%)
Gastropatía Eritematosa	341	64.10%
Gastropatía Erosiva	124	23.31%
Várices Esofágicas	64	12.03%
Esofagitis	55	10.34%
Gastropatía Hipertensiva	53	9.96%
Incompetencia Hiatal	49	9.21%
Gastropatía Atrófica	44	8.27%
Úlcera Gástrica	41	7.71%
Hernia Hiatal	40	7.52%
Úlcera Duodenal	30	5.64%
SOBIA	25	4.70%
N.M. Gástrico	22	4.14%
Gastropatía Nodular	19	3.57%
Esófago de Barret/síndrome de Barret	17	3.20%
D/C metaplasia intestinal	11	2.07%
Hiato Laxo	10	1.88%
Estenosis de Esófago	9	1.69%
Estenosis de Duodeno	8	1.50%
Duodenitis Erosiva	8	1.50%
Gastropatía Hemorrágica	7	1.32%
Angiodisplasia	6	1.13%
Estenosis de Duodeno	8	1.50%
N.M. Duodenal	6	1.13%
Lesión elevada	4	0.75%
Pólipo gástrico	4	0.75%
Síndrome Mallory weiss	4	0.75%
Divertículo Duodenal	3	0.56%
Metaplasia intestinal	3	0.56%
Várices esofagogastricas	3	0.56%
N.M. de Esófago	2	0.38%
Trastorno de motilidad esofágica	2	0.38%
Anillo de shatzki	2	0.38%
Angiectasia duodenal	2	0.38%
Linfangiectasias intestinales	2	0.38%
Metaplasia	2	0.38%

Angiectasia gástrica	1	0.19%
Compresión extrínseca	1	0.19%
Compresión extrínseca antral	1	0.19%
Compresión extrínseca en bulbo	1	0.19%
D/C atopia duodenal	1	0.19%
Divertículo esofágico	1	0.19%
Duodenitis atrófica	1	0.19%
Estenosis pilórica	1	0.19%
Fistula biliodigestiva	1	0.19%
Gastrectomía 2/3 en C.M	1	0.19%
Gastropatía alcalina	1	0.19%
Gastropatía reticular	1	0.19%
HDA no activa, no identificada	1	0.19%
Normal, sin patología	1	0.19%
Papila aumentada de tamaño	1	0.19%
Papila desflorada	1	0.19%
Telangiectasias	1	0.19%
Varices gástricas	1	0.19%
N.M. esófagogastrico	1	0.19%
Metaplasia duodenal	1	0.19%

FUENTE: Elaboración propia.

N.M.: Neoplasia Maligna

D/C: Descartar

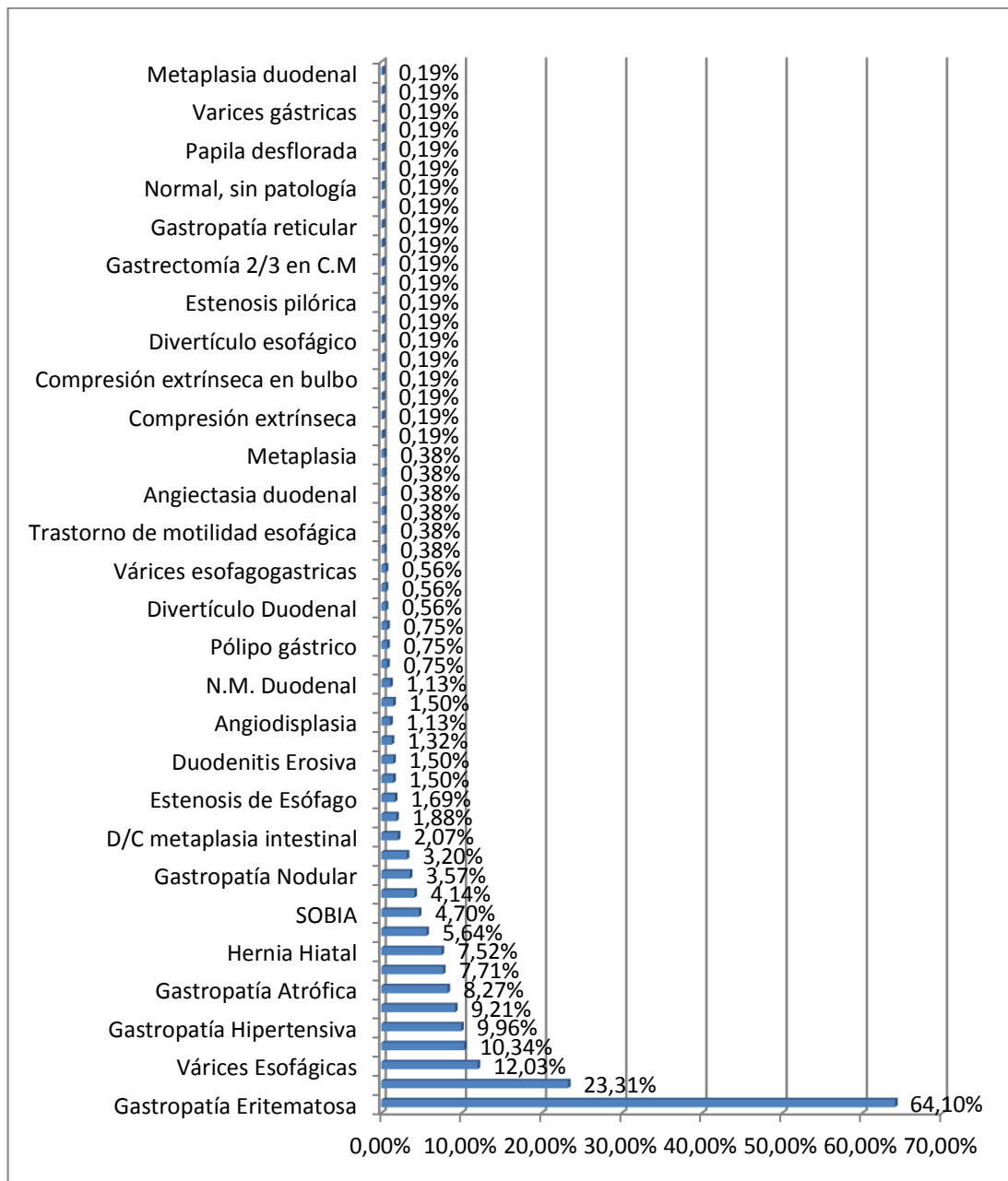
HDA: Hemorragia digestiva Alta

SOBIA: Sobre crecimiento Bacteriano

El diagnóstico endoscópico más frecuente hallado fue Gastropatía Eritematosa, siendo éste diagnosticado en el 64.10% del total de pacientes, seguido de Gastropatía erosiva, Varices esofágicas y esofagitis, diagnosticadas en el 23.31%, 12.03% y 10.34% respectivamente de los pacientes en estudio.

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

GRÁFICO 4. FRECUENCIA DE DIAGNÓSTICOS ENDOSCÓPICOS



FUENTE: Tabla 4

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

**TABLA 5. ZONA DEL TUBO DIGESTIVO CON MAYOR FRECUENCIA DE
HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS**

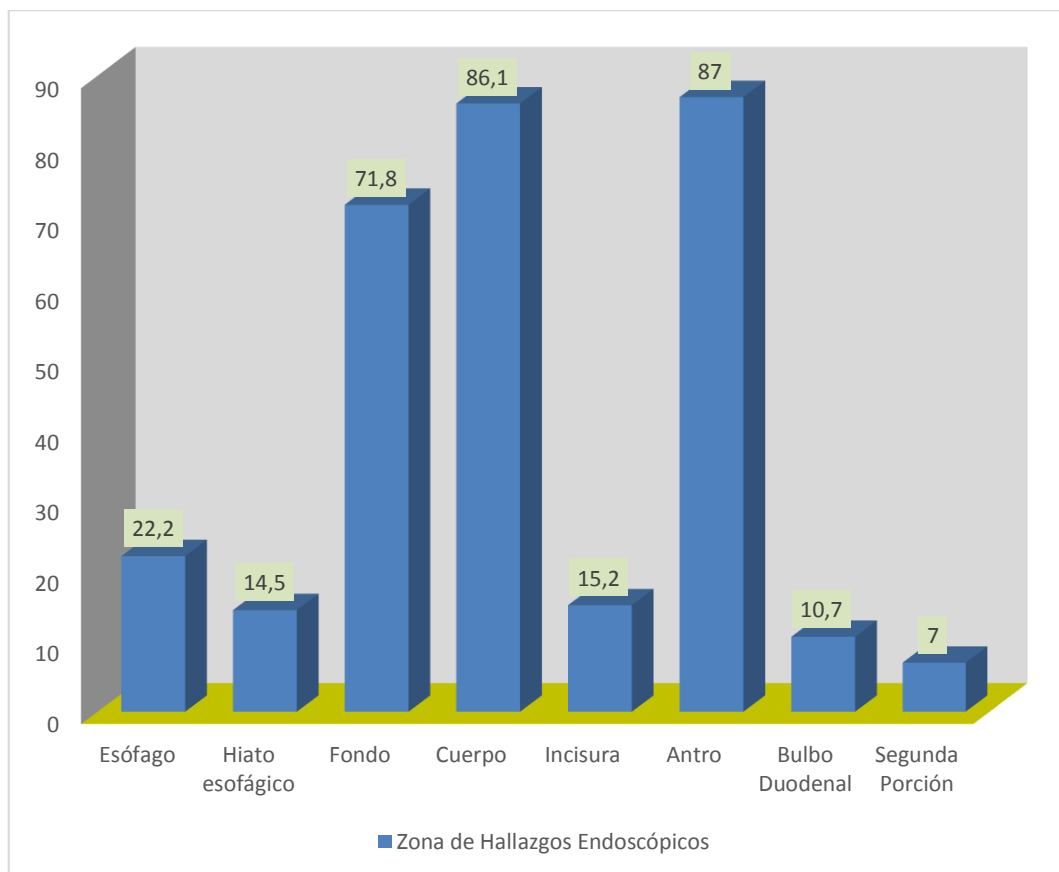
Ubicación de Lesiones	n=1673	%
Esófago	118	22,2
Hiato esofágico	77	14,5
Fondo	382	71,8
Cuerpo	458	86,1
Incisura	81	15,2
Antro	463	87,0
Bulbo Duodenal	57	10,7
Segunda porción	37	7,0

FUENTE: Elaboración propia.

Se encontró que en el 87.0% de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa presentan algún hallazgo en el antro, y el 7.0% de los pacientes tienen alguna lesión en la segunda porción del duodeno.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 5. ZONA DEL TUBO DIGESTIVO CON MAYOR FRECUENCIA DE HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS



FUENTE: Elaboración propia.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

TABLA 6. FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

	DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS										TOTAL	
	G/G/D		H.D.A.		E.U.P.		N.M.G.		V.E.		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Masculino	36	15.7	57	24.8	43	18.7	27	11.7	29	12.6	230	100
Femenino	105	34.8	43	14.2	51	16.9	39	12.9	25	8.3	302	100
TOTAL	141		100		94		66		54		532	

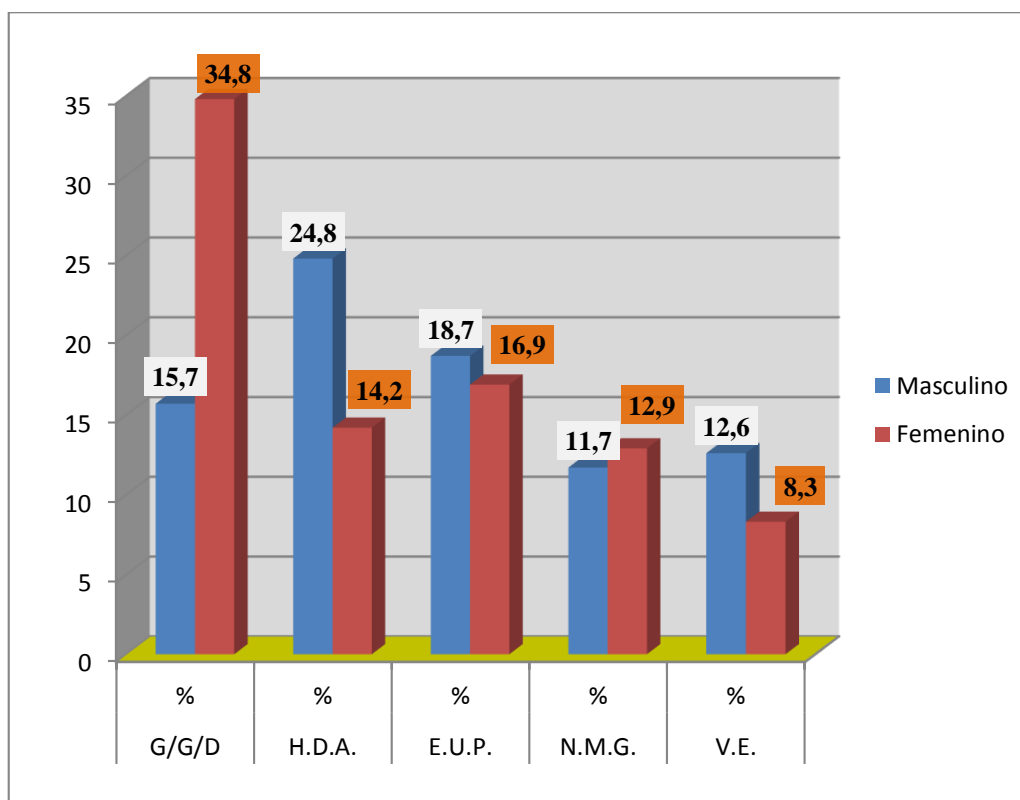
FUENTE: Elaboración propia.

G/G/D: Gastritis/ Gastropatía/Dispepsia
H.D.A.: Hemorragia Digestiva Alta
E.U.P.: Enfermedad Ulcero Péptica
N.M.G.: Neoplasia Maligna Gástrica
V.E.: Varices Esofágicas

Las mujeres son más frecuentemente diagnosticadas con gastritis/gastropatía/dispepsia con 34.8% y los del sexo masculino son más frecuentemente diagnosticados de HDA con 24.8%.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHE DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 6. FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO



FUENTE: Tabla 6

G/G/D: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.
 H.D.A.: Hemorragia Digestiva Alta
 E.U.P: enfermedad Ulcero Péptica
 N.M.G.: Neoplasia Maligna Gástrica
 V.E.: Varices Esofágicas

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.*

**TABLA 7. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES
MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO**

	DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS										TOTAL	
	G/G/D		H.D.A.		E.U.P.		N.M.G.		V.E.		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
EDAD:												
18-27	22	42.3%	6	11.5%	11	21.2%	0	0.0%	1	1.9%	52	100
28-37	19	35.8%	7	13.2%	16	30.2%	3	5.7%	6	11.3%	53	100
48-47	31	35.6%	22	25.3%	19	21.8%	7	8.0%	5	5.7%	87	100
48-57	28	25.0%	16	14.3%	17	15.2%	10	8.9%	24	21.4%	112	100
58-67	23	23.2%	21	21.2%	14	14.1%	11	11.1%	10	10.1%	99	100
>=68	18	14.0%	28	21.7%	17	13.2%	35	27.1%	8	6.2%	129	100
TOTAL	141		100		94		66		54		532	

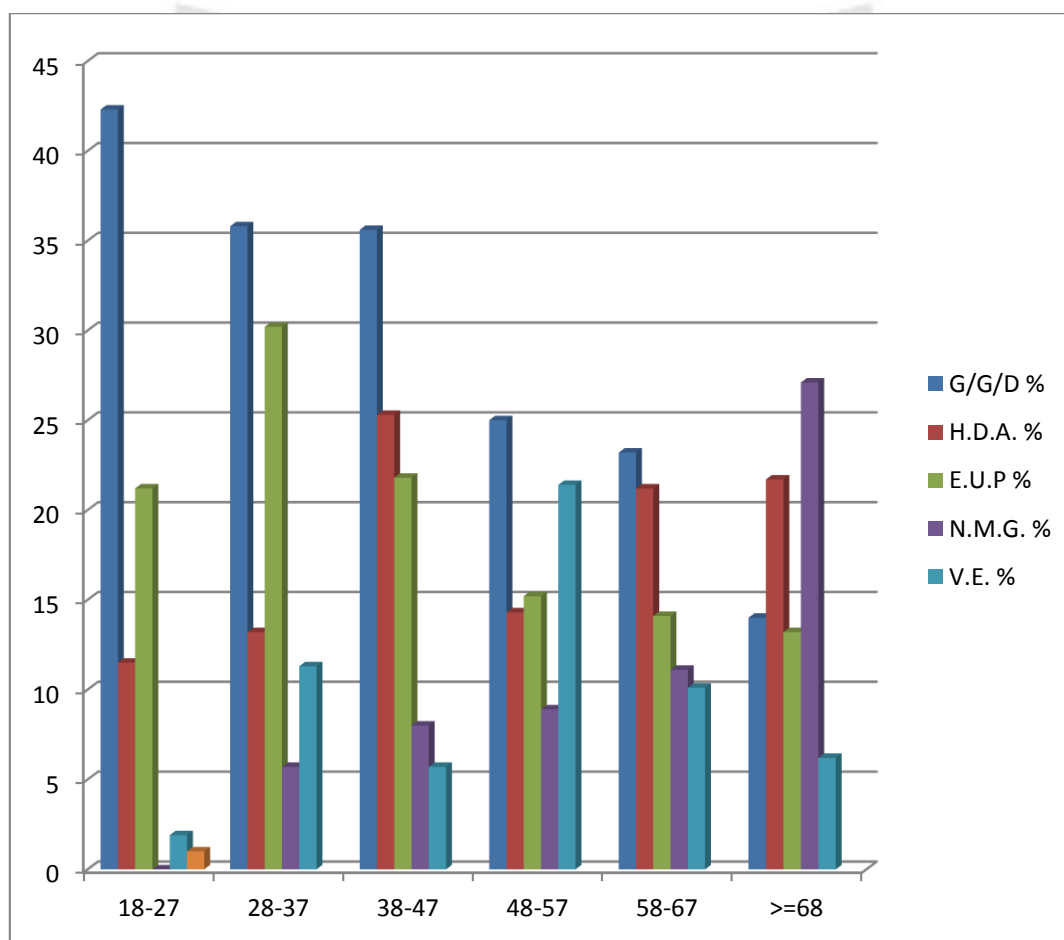
FUENTE: Elaboración propia

G/G/D: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.
H.D.A.: Hemorragia Digestiva Alta
E.U.P.: enfermedad Ulcero Péptica
N.M.G.: Neoplasia Maligna Gástrica
V.E.: Varices Esofágicas

Los pacientes con 68 años a mas son más frecuentemente diagnosticados con Neoplasia Maligna gástrica con 27.1%. Los grupos etarios comprendidos entre las edades de 18 a 67 años son más frecuentemente diagnosticados con Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 7. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO



FUENTE: Tabla 7

G/G/D: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.
 H.D.A.: Hemorragia Digestiva Alta
 E.U.P: enfermedad Ulcero Péptica
 N.M.G.: Neoplasia Maligna Gástrica
 V.E.: Varices Esofágicas

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

TABLA 8. FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO

	DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO								TOTAL	
	G/G/D		EUP		N. M. G.		V. E.		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
SEXO										
Masculino	196	85.2	34	14.8	15	6.5	36	15.7	230	100
Femenino	278	92.4	28	9.3	7	2.3	28	9.3	302	100
TOTAL	474		62		22		64		532	

FUENTE: Elaboración propia.

G/G/D: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.

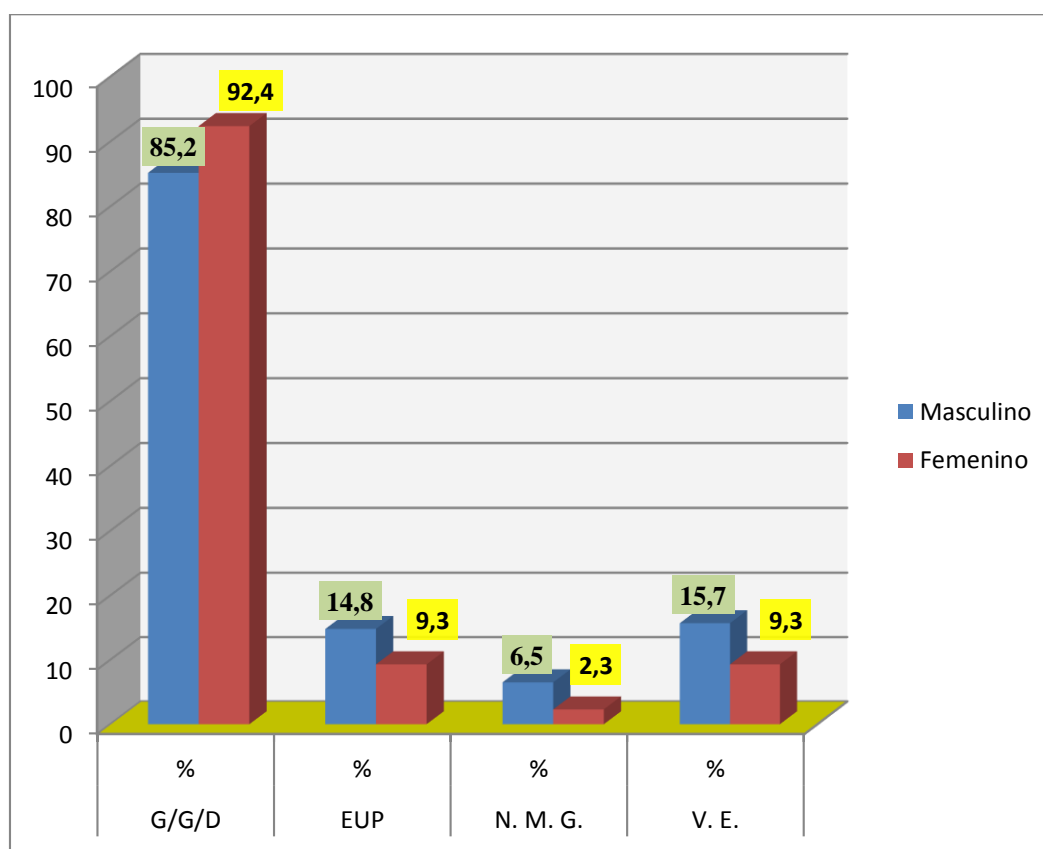
E.U.P: enfermedad Ulcero Péptica

N.M.: Neoplasia Maligna

Tanto el sexo femenino como del masculino son más frecuentemente diagnosticados con Gastritis/Gastropatía/Dispepsia con 92.4% y 85.2% respectivamente.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 8. FRECUENCIA DEL SEXO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNOSTICO ENDOSCÓPICO



FUENTE: Tabla 7

G/G/D: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.
E.U.P: enfermedad Ulcero Péptica
N.M.G.: Neoplasia Maligna Gástrica
V.E.: Varices Esofágicas

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHE DE AREQUIPA, 2017.*

**TABLA 9. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES
MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO**

	DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO								TOTAL	
	G/G/D		EUP		N.M.G.		V. E.			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
EDAD:										
18-27	48	92.3%	5	9.6%	0	0.0%	0	0.0%	52	100
28-37	49	92.5%	1	1.9%	1	1.9%	5	9.4%	53	100
38-47	81	93.1%	12	13.8%	0	0.0%	7	8.0%	87	100
48-57	103	92.0%	13	11.6%	4	3.6%	23	20.5%	112	100
58-67	85	85.9%	11	11.1%	4	4.0%	16	16.2%	99	100
>=68	108	83.7%	20	15.5%	13	10.1%	13	10.1%	129	100
TOTAL	474		62		22		64		532	

FUENTE: Elaboración propia.

G/G/D: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.

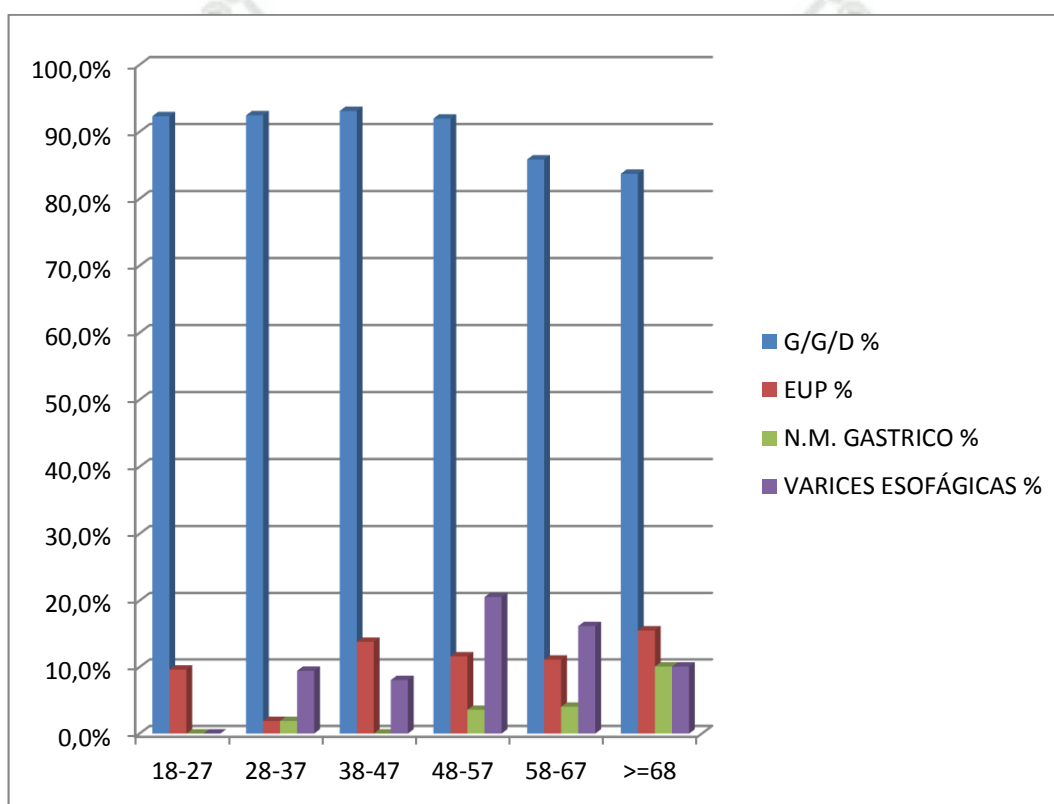
E.U.P: enfermedad Ulcero Péptica

N.M.: Neoplasia Maligna

La mayoría de pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta, de todos los grupos etarios, son más frecuentemente diagnosticados de gastritis/Gastropatía/Dispepsia.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 9. FRECUENCIA DEL GRUPO ETARIO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES SEGÚN EL DIAGNÓSTICO ENDOSCÓPICO



FUENTE: Tabla 8

G/G/D: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia.
E.U.P: Enfermedad Ulcero Péptica
N.M.G.: Neoplasia Maligna Gástrica
V.E.: Varices Esofágicas

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

TABLA 10. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE GASTRITIS/GASTROPATÍA/DISPEPSIA

Clínico	Endoscópico				TOTAL	
	SI		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Si	139	98.6	2	1.4	141	100
No	335	85.7	56	14.3	390	100
TOTAL	474	89.1	58	10.9	532	100

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2=17.38$

$P<0.05$ $P=0.00$

$Kappa=0.07$

TABLA 10.1

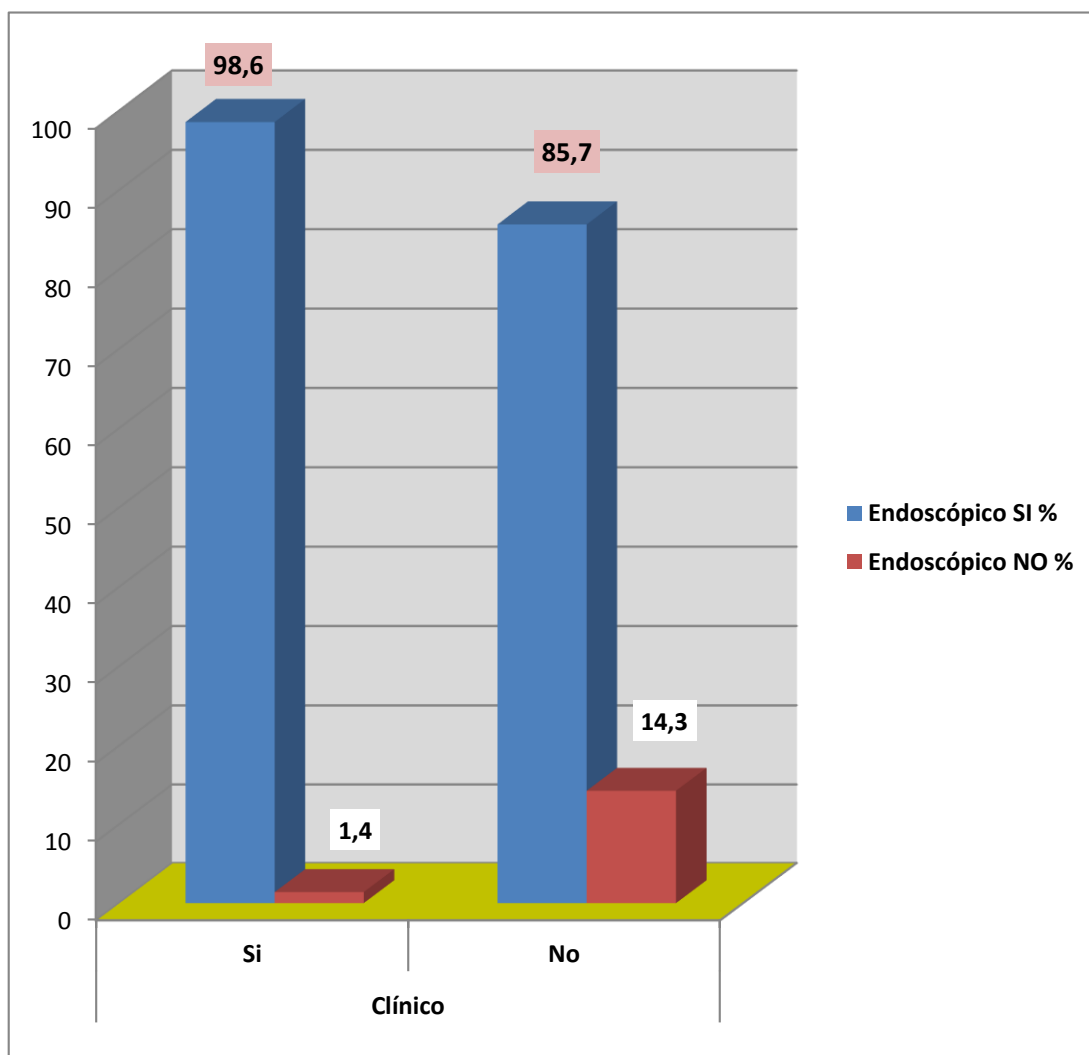
INDICE DE KAPPA SEGÚN LANDIS Y KOCH	
KAPPA (k)	GRADO DE ACUERDO
<0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.41 – 0.60	Moderado
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy Buena

Se encuentra que el valor de la significancia $p=0.00$ es menor al parámetro límite ($P<0.05$), por lo tanto, se acepta la relación entre las variables de estudio. Además, el valor de Kappa es 0.07 indicando que esta relación tiene un grado pobre de concordancia según Landis y Kosch (Tabla 10.1).

En el 98.6% de los pacientes con sospecha clínica de Gastritis/Gastropatía/Dispepsia se encontró también sospecha diagnóstica en la endoscopia.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 10. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE GASTRITIS/GASTROPATIA/DISPEPSIA



FUENTE: Tabla 10

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHE DE AREQUIPA, 2017.

TABLA 11. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE ENFERMEDAD ULCERO PÉPTICA

Clínico	Endoscópico				TOTAL	
	Si		No		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	12	12,6	83	87,4	94	100
No	50	11,4	387	88,6	438	100
TOTAL	62	11,7	470	88,3	532	100

FUENTE: Elaboración propia

$$X^2=0.14$$

$$P>0.05$$

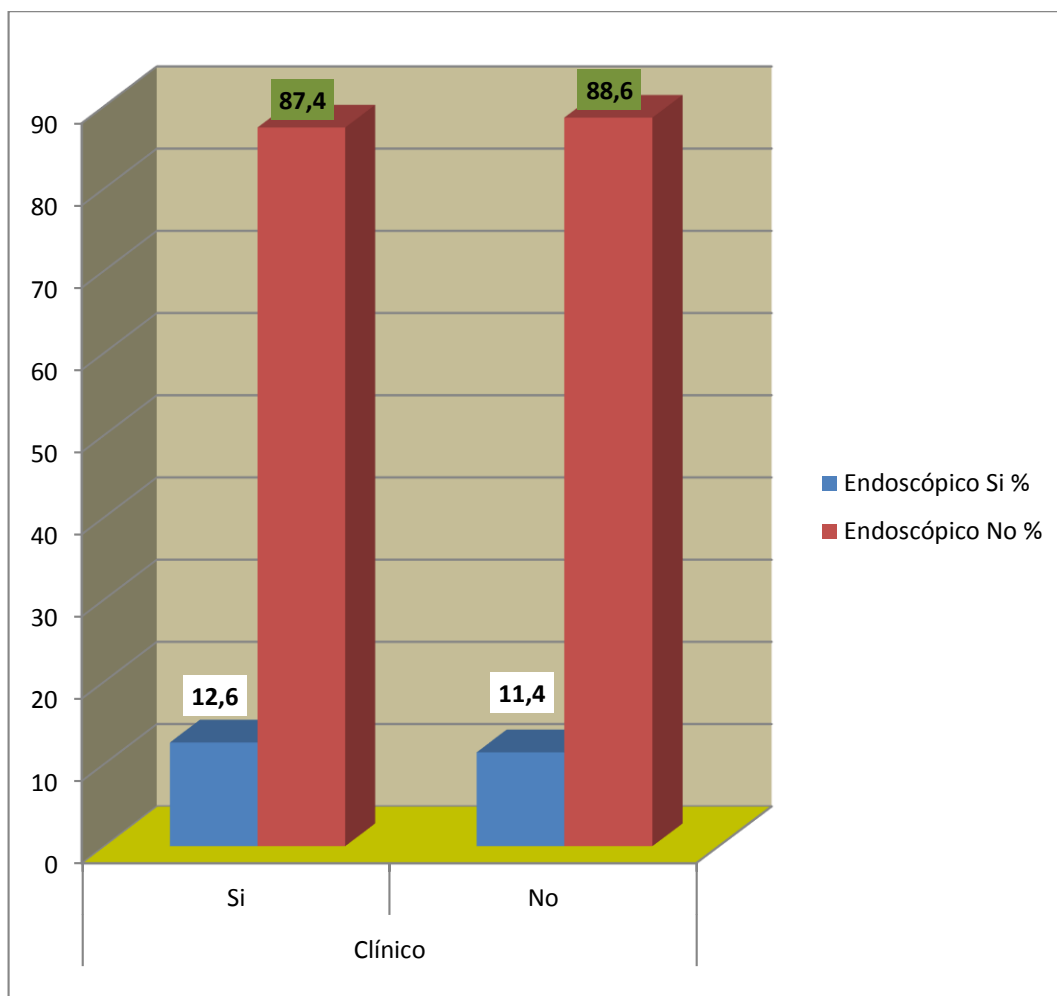
$$P=0.71$$

Se encuentra que el valor de la significancia $p=0.71$ es mayor al parámetro límite ($P<0.05$), por lo tanto, se rechaza la relación entre las variables de estudio.

Solo en el 12.6% de los pacientes con sospecha clínica de Enfermedad Ulcero Péptica se encontró también sospecha diagnóstica en la endoscopia

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENECHE DE AREQUIPA, 2017.*

**GRÁFICO 11. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y
ENDOSCÓPICO DE ENFERMEDAD ULCERO PÉPTICA**



FUENTE: Tabla 11

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

TABLA 12. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA

Clínico	Endoscópico				TOTAL	
	Si		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Si	14	21.2	52	78.8	66	100
No	8	1.7	458	98.3	466	100
TOTAL	22	4,1	510	95,9	532	100

FUENTE: Elaboración propia.

$X^2=55.43$

$P<0.05$

$P=0.00$

$Kappa=0.273$

TABLA 12.1

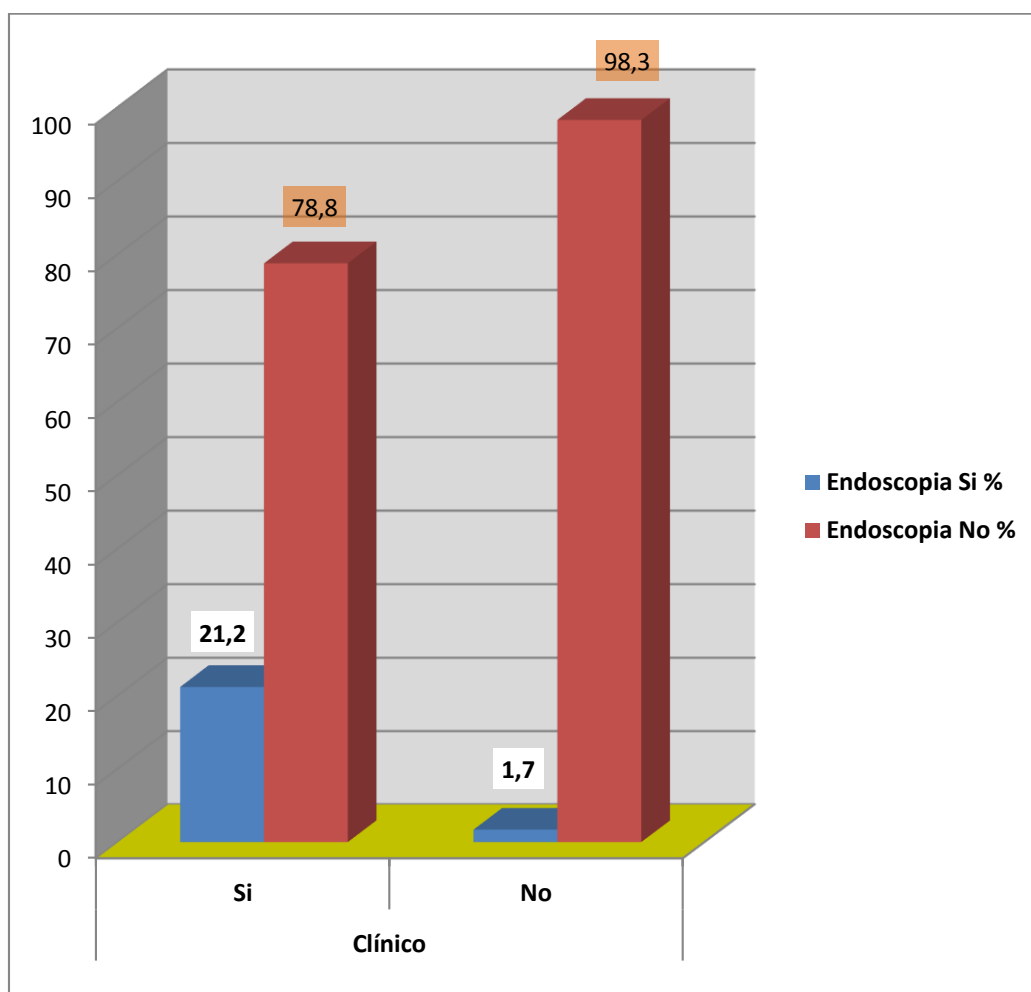
INDICE DE KAPPA SEGÚN LANDIS Y KOCH	
KAPPA (k)	GRADO DE ACUERDO
<0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.1 – 0.60	Moderado
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy Buena

Se encuentra que el valor de la significancia $p=0.00$ es menor al parámetro límite ($P<0.05$), por lo tanto, se acepta la relación entre las variables de estudio. Además, el valor de Kappa es 0.273 indicando que esta relación tiene un grado débil de concordancia según Landis y Kosch (Tabla 12.1)

Solo en el 21.2% de los pacientes con sospecha clínica de Enfermedad Ulcero Péptica se encontró también sospecha diagnóstica en la endoscopia.

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017.

GRÁFICO 12. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE LA NEOPLASIA MALIGNA GÁSTRICA



FUENTE: Tabla 12

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENECHÉ DE AREQUIPA, 2017

TABLA 13. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO CLÍNICO Y ENDOSCÓPICO DE VÁRICES ESOFÁGICAS

Clínico	Endoscópico				TOTAL	
	Si		No		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Si	40	74.1	14	25.9	54	100
No	24	5.0	454	95.0	478	100
TOTAL	64	12,0	468	88,0	532	100

FUENTE: Elaboración propia

$X^2=218.61$

$P<0.05$

$P=0.00$

$Kappa=0.638$

TABLA N° 11.1

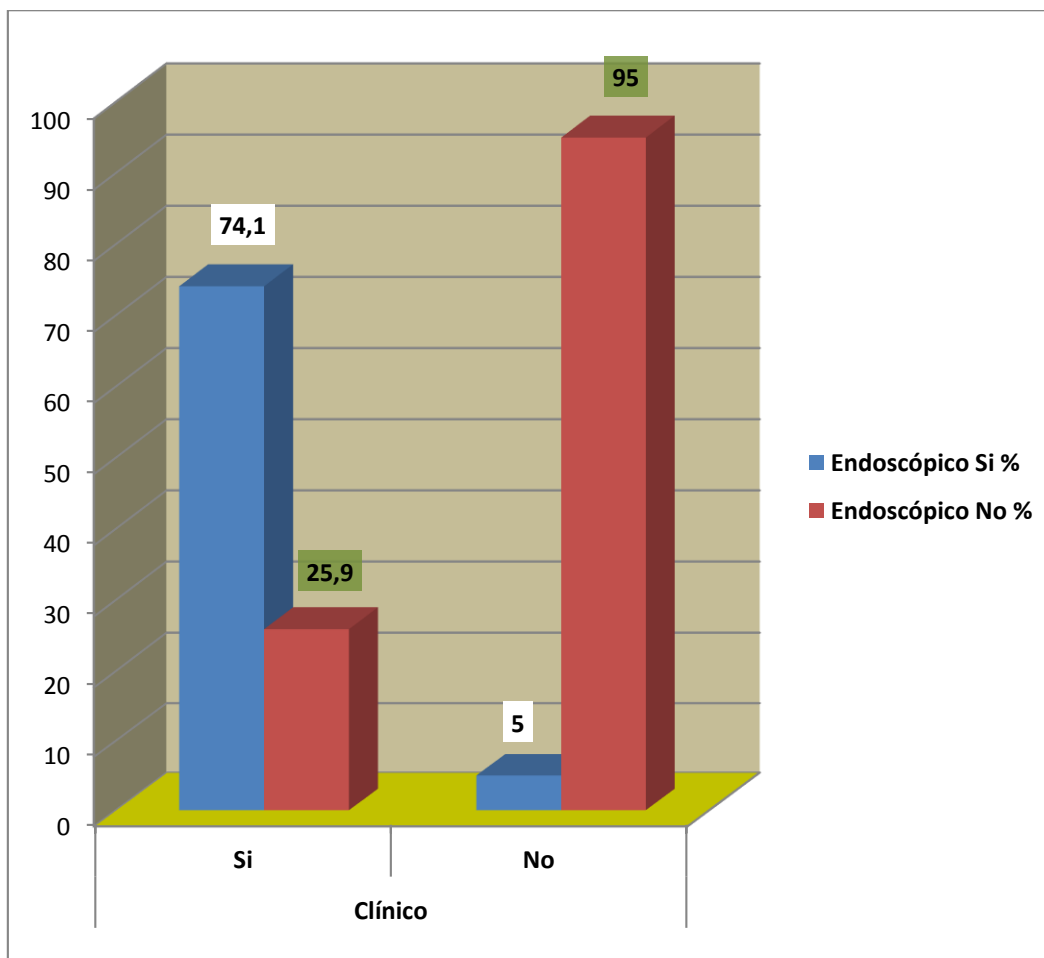
INDICE DE KAPPA SEGÚN LANDIS Y KOCH	
KAPPA (k)	GRADO DE ACUERDO
<0.20	Pobre
0.21 – 0.40	Débil
0.1 – 0.60	Moderado
0.61 – 0.80	Buena
0.81 – 1.00	Muy Buena

Se encontró que el valor de la significancia $p=0.00$ es menor al parámetro límite ($P<0.05$), por lo tanto, se acepta la relación entre las variables de estudio. Además, el valor de Kappa es 0.638 indicando que esta relación tiene un grado Bueno de concordancia según Landis y Kosch (Tabla N° 13.1)

En el 74.1% de los pacientes con sospecha clínica de varices esofágica se encontró dicha patología por vía endoscópica.

*CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS
ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III
GOYENCHE DE AREQUIPA, 2017*

**GRÁFICO 13. CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y
ENDOSCÓPICO DE VÁRICES ESOFÁGICAS**



FUENTE: Tabla 13



CAPITULO III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal establecer la concordancia entre el diagnóstico clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del Hospital III Goyeneche de todos aquellos pacientes que fueron sometidos a endoscopia digestiva alta desde enero a diciembre del 2017, así mismo identificar prevalencias en sexo y edad de dichas patologías según el diagnóstico clínico y endoscópico que servirán de ayuda estadística para el Servicio de Gastroenterología.

Se trata de un estudio de nivel relacional y de tipo observacional, retrospectivo y transversal, los datos se obtuvieron mediante la revisión de los informes de endoscopia alta del periodo de tiempo seleccionado con una ficha de recolección de datos. (Anexo 1)

La población total de pacientes que fueron sometidos a endoscopia digestiva alta de enero a diciembre del 2017 fue de 707 casos, de los cuales se excluyeron 175 por no cumplir los criterios de selección quedando de esta manera un total de 532 pacientes para el presente estudio.

Del total de pacientes seleccionados con alguna enfermedad digestiva alta sometidos a endoscopia en el periodo de enero a diciembre del 2017 en el servicio de gastroenterología del Hospital III Goyeneche, la mayoría corresponde al sexo femenino que representa el 56.8% de pacientes, en comparación con el sexo masculino con 43.2%, esta frecuencia es muy similar a un estudio realizado en el Hospital Iess Ambato-Ecuador en 2014 (2) donde se evidencia un predominio de las enfermedades digestivas altas en el sexo femenino (58.0%) en comparación al sexo masculino (42.0%), así mismo en otro estudio realizado también en Ecuador - 2013 (3) el género femenino de igual manera prevalece más que el masculino coincidiendo con los resultados del nuestro estudio. Estos resultados podrían deberse a que las mujeres son más susceptibles a las molestias y al dolor causado por síntomas, motivo por lo cual acuden en su mayoría a un establecimiento de salud, además el 70% de la población que sufre Síndrome de Intestino irritable son mujeres, pudiendo entrar como diagnóstico diferencial para Gastritis, esto

puede confundir los síntomas con alguna otra patología indicando endoscópica alta más a mujeres que a varones.

La mayoría de pacientes sometidos a endoscopia con alguna enfermedad digestiva alta en el servicio de Gastroenterología en el 2017 tienen 71 años o más (24.2%), seguido del grupo de pacientes con edades entre 51 a 60 años (21.1%) y la menor frecuencia corresponde al grupo entre 18 a 28 años (9.8%), estos datos son diferentes a los encontrados en un estudio realizado en el Hospital IESS Ambato-Ecuador en 2014 (2) donde el grupo de edad que predomina en los pacientes en dicho estudio es de 31 a 40 años (43.0%), pero si coinciden como minoría los de 18 a 30 años (11.0%), otro estudio de Ecuador – 2013 (3) también difiere con el grupo de edad predominante de los pacientes con alguna enfermedad digestiva alta sometido a endoscopia, pero si coincide con el grupo de menor edad que representan la minoría. Esta diferencia encontrada en nuestro estudio con los otros posiblemente sea por factores epidemiológicos de cada población, es decir, que tal vez en Ecuador la población general sea más joven que la nuestra, además los pacientes atendidos en el Hospital III Goyeneche son personas que acuden, en su mayoría, de provincias donde existe limitaciones para un diagnóstico oportuno, sumado a esto el tipo de cultura y falta de educación son motivos por lo cual los pacientes dejan pasar los síntomas con los años que a la larga serán motivo de referencia por emergencia o consultorio externo a centros de mayor complejidad como el nuestro.

Se contó con un total de 584 diagnósticos clínicos, esta cantidad difiere del número de pacientes debido a que hubo pacientes con más de un diagnóstico clínico previa realización de la endoscopia alta. El diagnóstico clínico más frecuente hallado fue la Gastritis/Gastropatía/Dispepsia, siendo éste diagnosticado en el 26.50% del total de pacientes, resultado similar al trabajo realizado en el Hospital IESS Ambato Ecuador (2) donde la Gastritis-Duodenitis fue el diagnóstico clínico más prevalente con 49.0% seguido de Gastritis con 29.0%, dichos resultados podrían deberse a la automedicación excesiva con analgésicos (AINES) de las personas que por diversos motivos no pueden acudir a un Médico para un tratamiento adecuado, además una mala alimentación, un mal saneamiento del agua y deficiencia de higiene ayudan al ingreso de *Helicobacter Pylori*, siendo el responsable del 80% de gastritis en nuestro medio por la mala costumbre de

consumir agua sin hervir informo en el Dr. Mario Valdivia del Hospital Arzobispo Loayza del ministerio de salud en Enero del 2016.(4) La Hemorragia Digestiva Alta fue el segundo diagnóstico clínico más frecuente encontrado en nuestro trabajo con el 18.80% de pacientes diagnosticados, difiere enormemente con el estudio realizado en Ecuador (2) donde el sangrado digestivo alto solo fue del 2% de su población de estudio. La sospecha Clínica de Enfermedad ulcero péptica representa el 17.67% en nuestro trabajo, el cuarto diagnóstico más frecuente en nuestro estudio es la Neoplasia Maligna Gástrica con el 12.1% de los pacientes, siendo éste hallazgo diferente al estudio del Hospital Iess Ambato(2) donde el tumor maligno de estómago es del 2%, y la quinta patología mas frecuentemente diagnosticada son las Varices esofágicas con 10.15% del total de diagnósticos.

Se contó con un total de 1050 diagnósticos endoscópicos, esta cantidad difiere del número de pacientes debido a que la mayoría de pacientes tuvo más de un diagnóstico endoscópico incluso algunos presentaron cuatro diagnósticos según el informe de endoscopia alta, cabe aclarar que todos los diagnósticos hallados en cada paciente fueron distintos. El diagnóstico endoscópico más frecuente hallado fue Gastropatía Eritematosa, siendo éste diagnosticado en el 64.10% del total de pacientes, seguido de Gastropatía erosiva, Varices esofágicas y esofagitis, diagnosticadas en el 23.31%, 12.03% y 10.34% respectivamente de los pacientes en estudio. No se encontró estudios que evalúen frecuencias de diagnósticos de la endoscopia digestiva alta.

Con respecto a la frecuencia de la Ubicación de las lesiones de los pacientes que fueron sometidos a endoscopia digestiva alta en el periodo de estudio se encontró que el 87.0% de pacientes se halló alguna lesión en el Antro gástrico, muy similar en el 86.15% de pacientes se encontró lesión en el cuerpo gástrico y el 71.8% presento alguna lesión en el Fondo gástrico, de esta manera podemos decir que el estómago representado por sus segmentos (fondo, cuerpo y antro) es el lugar más afectado por alguna lesión, estos resultados pueden relacionarse con el diagnóstico clínico más frecuente encontrado en el estudio, así como también con los diagnósticos endoscópicos. Así mismo en el 14.5 % de pacientes se encontró alguna alteración en el Hiato esofágico, en el 22.2 % las lesiones halladas están en el esófago, en el 10.7% de los pacientes se encontró lesión en el Bulbo

duodenal y 7% en la segunda porción duodenal., siendo estas últimas los lugares menos frecuentes donde se pudo encontrar alguna lesión.

Las mujeres son más frecuentemente diagnosticadas clínicamente con Gastritis/Gastropatía/Dispepsia representando el 34.8% de todas las mujeres con alguna patología digestiva alta, así mismo, el 92.4% de las mismas mujeres, fueron diagnosticadas endoscópicamente también con gastritis/Gastropatía/Dispepsia. Es decir en el medio local las personas del sexo femenino podrían tener alguna predisposición a realizar tal enfermedad. Existen estudios en los cuales el sexo femenino es predominante en pacientes ya con el diagnóstico de gastritis como uno realizado en el Estado de Yaracuy-Venezuela el 2015 (5) el sexo predominante de pacientes con diagnóstico Clínico de Gastritis fue el femenino (53.0%) coincidiendo con los resultados de nuestro estudio.

Los varones son más frecuentemente diagnosticados clínicamente con Hemorragia Digestiva Alta representando el 24.8% de todos los varones con alguna patología digestiva alta, éstos resultados tienen relación con trabajos donde el sexo masculino es predominante en pacientes con el diagnóstico de Hemorragia digestiva alta, como el realizado en el Hospital General Docente Pedro Betancourt de Jovecallos- Cuba (6), donde se halló que el 72.5% de pacientes fueron masculinos, otro estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia –Perú en el 2009 (7) se identificó también que el sexo predominante que desarrolla ésta patología son del sexo masculino y en el año 2016 se realizó otro estudio en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Edgardo Reblagliati Martins- EsSalud –Perú (8) donde también se encontró que la mayoría los pacientes con HDA fueron varones (70.0%), sin embargo estos resultados son diferentes a lo encontrado endoscópicamente, siendo en éste los varones más frecuentemente diagnosticados con Gastritis/Gastropatía/Dispepsia (85.2%). Estos resultados muestran que en el país y el extranjero hay una predominancia de pacientes masculinos sobre los femeninos con diagnóstico de HDA. Es sabido que en nuestro medio la ingesta de alcohol es más frecuente en varones que en mujeres y el consumo de ésta en grandes cantidades y por tiempos prolongados son causantes de gastritis erosivas hasta incluso cirrosis hepática e hipertensión portal produciendo como consecuencia varices esofágicas, además el consumo de alcohol más de 80g al día multiplica el riesgo de HDA en pacientes con alguna patología ulcerosa, de acuerdo a este análisis es posible que los

pacientes con ésta patología sean frecuentemente masculinos, lo cual se refleja en nuestro estudios y los mencionados.

Con respecto al grupo etario de pacientes con algún diagnóstico clínico, los pacientes con 71 años a más son más frecuentemente diagnosticados con Neoplasia Maligna gástrica con 27.1%, mientras que los grupos etarios comprendidos entre las edades de 18 a 70 años son más frecuentemente diagnosticados clínicamente con Gastritis/Gastropatía/Dispepsia. Éstos mismos pacientes fueron sometidos a endoscopia alta encontrándose que la mayoría de pacientes de cada grupo etario fueron diagnosticados con Gastritis/gastropatía/Dispepsia. Podemos decir en base a los datos encontrados que las personas con alguna patología digestiva alta ya desde edades muy tempranas son diagnosticadas clínicamente y endoscópicamente con Gastritis/gastropatía/dispepsia.

Sobre la concordancia entre el diagnóstico clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en el servicio de gastroenterología del hospital III Goyeneche de Arequipa, 2017 estableció lo siguiente:

Existe relación significativa ($P < 0.05$) entre el diagnóstico clínico y endoscópico de la Gastritis/Gastropatía/Dispepsia, sin embargo, la medida de acuerdo o grado de concordancia fue de $K = 0.07$ indicando que existe un grado pobre de concordancia según la valoración propuesta por Landis y Koch para el Coeficiente Kappa de Cohen en el año de 1977. Un trabajo realizado en Ecuador (2) si bien es cierto calculan un valor de $K = 0$ indicando concordancia pobre entre el diagnóstico clínico y endoscópico en Gastritis - Duodenitis, llegan a la conclusión de que no hay concordancia entre estas dos variables. De estos resultados podemos inferir que los ambos métodos diagnósticos son útiles para el diagnóstico de Gastritis/Gastropatía/Dispepsia pudiendo deducir que bastaría el diagnóstico clínico para la sospecha de esta patología e indicar endoscopias solo en los casos que recomienda las guías de la Asociación americana de Gastroenterología (ASGE) y por consiguiente reducir el tiempo de espera para un procedimiento endoscópico en pacientes que necesitan de ésta. Sin embargo existen datos hallados en el estudio como: 1) La mayoría de pacientes de los grupos etarios de 18 a 28 y de 29 a 39 años, fueron diagnosticados con ésta patología, 2) Que en el 85.7% de los pacientes que no fueron diagnosticados clínicamente con ésta patología si fueron

diagnosticados endoscópicamente, que si no se hubieran realizado una endoscopia posiblemente no se hubiese llegado al diagnóstico y por consiguiente no hubieran recibido tratamiento. Por lo tanto se sugieren la necesidad de una endoscopia en pacientes con sospecha clínica de gastritis/Gastropatía/dispepsia, incluso en pacientes muy jóvenes, considerándola necesaria para un diagnóstico precoz, y como método confirmatorio de múltiples patologías que entran como diagnósticos diferenciales de Gastritis.

Respecto a la Hemorragia Digestiva Alta (HDA), en éste diagnóstico no se pudo evaluar la concordancia entre el diagnóstico clínico y el endoscópico debido a que para establecer concordancia las variables tienen que ser semejantes, es decir, en nuestro caso evaluar mismos diagnósticos ya sea clínico o endoscópico, lo cual no se cumple con la HDA ya que si bien es cierto el diagnóstico clínico escrito en las fichas de endoscopia alta es de HDA como tal, el diagnóstico endoscópico no fue considerado como HDA sino fueron consignados los diagnósticos que posiblemente podrían estar causando dicha Hemorragia, tales como Varices esofágicas, úlceras gástrica, úlcera péptica, ectasias vasculares, síndrome de Mallori Weiss, etc que no son exclusivamente dependientes de provocar una hemorragia, por lo tanto estas no pueden catalogarse como HDA en pacientes donde no hay una sospecha clínica de sangrado evidente, sino son evaluadas cada una como patología individual independiente de HDA, dicho de otra manera un ejemplo que explique mejor sería el siguiente: Supongamos que un paciente "A" ingresa con sospecha de HDA y al hacerle una endoscopia encuentro varices esofágicas, yo diría que el sangrado es posible que sea causado por las varices esofágicas, ahora si el mismo paciente ingresa con sospecha clínica de gastritis y endoscópicamente encuentro úlcera gástrica, no puedo catalogar a este paciente con diagnóstico endoscópico de HDA. Pero si de todos los pacientes a quienes se les diagnóstico clínicamente con HDA, en el 81% de ellos se encontró alguna lesión, que puedan explicar dicho sangrado.

El tercer diagnóstico clínico más frecuente en nuestro estudio es la Enfermedad Ulcero Péptica (EUP). En éste diagnóstico no existe relación significativa ($P > 0.05$) entre el diagnóstico clínico y endoscópico en la enfermedad Ulcero Péptica, en los paciente

sometidos a endoscopia alta de Enero a Diciembre del 2017 en el servicio de gastroenterología del Hospital III Goyeneche. En este caso no se aplicó el Coeficiente Kappa de Cohen para establecer una medida de acuerdo o grado de concordancia por ser innecesaria debido a no existir concordancia entre las variables. En un trabajo realizado en Ecuador (2) si bien es cierto calculan un valor de $k=0$ indicando concordancia pobre entre el diagnóstico clínico y endoscópico en Enfermedad Ulcero Gástrica, llegan a la conclusión de que no hay concordancia entre estas dos variables, coincidiendo con los resultados de nuestro estudio. De estos resultados podemos inferir que el diagnóstico clínico no es suficiente para el diagnóstico de EUP, necesitando de la endoscopia digestiva para establecer y confirmar dicha patología.

La sospecha clínica de Neoplasia Maligna Gástrica es el cuarto diagnóstico más frecuente en nuestro estudio. Se encontró que existe relación significativa ($P<0.05$) entre el diagnóstico clínico y endoscópico en la Neoplasia Maligna Gástrica. La medida de acuerdo o grado de concordancia fue de $K=0.273$ indicando que existe un grado Débil de concordancia según la valoración propuesta por Landis y Koch para el Coeficiente Kappa de Cohen. No se encontró estudio que relaciones estas variables con respecto a Neoplasia Maligna Gástrica. Por estos resultados se podría inferir que los clínicos están haciendo una buena sospecha clínica de ésta patología e indicando una endoscopia que es necesaria para la visualización directa de la lesión y una toma de biopsia para obtener el diagnóstico definitivo.

Por otro lado, la sospecha Clínica de varices esofágicas es el quinto diagnóstico más frecuente. Existe relación significativa ($P<0.05$) entre el diagnóstico clínico y endoscópico en pacientes con diagnóstico de varices esofágicas. La medida de acuerdo o grado de concordancia entre fue de $K=0.638$ indicando que existe un Buen grado de

concordancia según la valoración propuesta por Landis y Koch para el Coeficiente Kappa de Cohen en el año de 1977. No se encontró estudio que relaciones estas variables con respecto a Varices Esofágicas. Por estos resultados se podría inferir que los clínicos están haciendo una buena sospecha clínica de ésta patología e indicando una endoscopia que es necesaria para la visualización directa de la lesión e incluso para un procedimiento terapéuticos.

Por todos los resultados obtenidos en el estudio podemos decir que existe relación significativa entre las sospechas diagnósticas clínicas y el diagnóstico endoscópico en las patologías de Gastritis/Gastropatía/Dispepsia, Neoplasia Maligna Gástrica y Varices esofágicas; es decir, que la sospecha clínica que se hace para el diagnóstico de estas patologías está dentro de los parámetros para establecer concordancia con lo encontrado endoscópicamente, sin embargo esta relación varía según la medida de acuerdo o grado de concordancia establecido por el coeficiente kappa de Cohen, siendo estas Pobre, Débil y Buena respectivamente de las patologías mencionadas. Además, se evidencia ausencia de asociación o concordancia entre la sospecha clínica diagnóstica y el diagnóstico endoscópico de la Enfermedad Ulcero Péptica. Esta pobre concordancia y ausencia que se aprecia en estos diagnósticos y básicamente en los diagnósticos de Gastritis/Gastropatía/Dispepsia y Neoplasia maligna gástrica y la ausencia de concordancia en enfermedad Ulcero Péptica puede deberse posiblemente a un infra diagnóstico clínico de éstas patologías debido al gran número de síntomas gastrointestinales que son comunes en varias patologías, asociado a un corto tiempo de atención médica y una pobre relación médico paciente podrían llevar a una toma de decisión diagnóstica inadecuada e incluso llevar al clínico a pensar en el diagnóstico más común o frecuente en su medio de trabajo y obviando patologías inclusive de más

gravedad. También esta pobre concordancia podría deberse a la ausencia, falta de uso o conocimiento de un sistema de medición como una Guía de práctica clínica que pueda estandarizar conceptos y servir de guía para la toma de decisiones al momento de establecer un diagnóstico clínico, que sea de uso general tanto para gastroenterólogos, médicos internistas o médicos generales dentro y fuera del Hospital, ya que los pacientes a quienes se practica endoscopia en el servicio de gastroenterología del Hospital III Goyeneche provienen no solamente de consulta externa de gastroenterología, sino también de medicina interna o Medicina General, incluso los pacientes pueden acudir con diagnósticos Clínicos de otros Hospitales, así mismo no basta con un sistema de medición estandarizado, sino también con la capacitación y el conocimiento de éste. Por otro lado más de la mitad (85.7%) de los pacientes a quienes no se les diagnosticó gastritis/Gastropatía/Dispepsia clínicamente si se encontró lesiones gástricas que sugieren Gastritis o Gastropatía por vía endoscópica esto podría deberse a que ésta patología podría cursar de forma asintomática o tal vez a un sobre diagnóstico endoscópico ya que no todos los endoscopistas tienen una imagen patrón de normalidad de la vía digestiva alta o un conocimiento estandarizado que podría ser reflejado por la experiencia del médico llevando así a un error de diagnóstico. Por lo tanto aun así se tenga sistemas de medición adecuadas para establecer un diagnóstico clínico adecuando la endoscopia digestiva alta cobra gran importancia no solo para confirmar o establecer diagnóstico en algunas patologías por ser patrón de oro en éstas, sino también como medio para toma de biopsias y la realización de procedimientos terapéuticos. Todo esto lleva a evitar un diagnóstico y tratamiento erróneo que pueda ocasionar insatisfacción al paciente, gastos innecesarios de recursos económicos, humanos y materiales.



CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

PRIMERA:

Los Diagnósticos Clínicos preendoscópicos más frecuentes son: Gastritis/Gastropatía/Dispepsia (26.50%), Hemorragia Digestiva alta, (18.80%), Enfermedad Ulcero Péptica (17.67%), Neoplasia Maligna Gástrica (12.41%) y varices esofágicas (10.15%).

SEGUNDA:

Los Diagnósticos Endoscópicos más frecuentes son: Gastropatía eritematosa (64.10%), Gastropatía erosiva (23.31%), varices esofágicas (12.03%), Esofagitis (10.34%) y gastropatía Hipertensiva (9.96%).

TERCERA:

La zona del tubo digestivo con mayor frecuencia de hallazgos endoscópicos es el Antro (87.0%), seguido del Cuerpo y Fondo con 86.1% y 71.8% respectivamente.

CUARTA:

Existe relación significativa ($P < 0.05$) entre los diagnósticos clínicos y el diagnóstico endoscópico en las patologías de Gastritis/Gastropatía/Dispepsia, Neoplasia Maligna Gástrica y Varices esofágicas, el grado de concordancia establecido por el coeficiente kappa de Cohen, es Pobre ($k=0.07$), Débil ($k=0.273$) y Buena ($k=0.638$) respectivamente. No existe relación significativa ($P > 0.05$) entre ambos diagnósticos en la Enfermedad Ulcero Péptica. No se puede establecer concordancia en el Diagnóstico de Hemorragia digestiva Alta.

QUINTA:

La endoscopia digestiva alta es importante para confirmar y establecer diagnóstico, así también para toma de biopsias y la realización de procedimientos terapéuticos. Así mismo la realización de ésta en pacientes con menos de 40 años es fundamental y necesaria para prevenir de complicaciones de la Gastritis y Gastropatías.

RECOMENDACIONES:

- 1) Al Jefe del Servicio de Gastroenterología, se sugiere realizar auditorías de los informes de endoscopia alta para mejorar el registro de información respecto al paciente, considerado éste un documento base para futuras investigaciones en el campo de la Medicina.
- 2) A Hospital, se sugiere la creación de una Guía de práctica clínica para estandarizar conceptos y servir de guía para la toma de decisiones al momento de establecer un diagnóstico clínico, que sea de uso general tanto para gastroenterólogos, médicos internistas o médicos generales dentro y fuera del Hospital.
- 3) Al Hospital, se sugiere la capacitación constante a los Asistentes y Residentes para la realización de un diagnóstico clínico adecuado.
- 4) Al personal de salud, es necesario el uso de la Endoscopia alta como método confirmatorio, diagnóstico y terapéutico para el diagnóstico más fino y certero de patologías digestivas, corrigiendo posibles errores en los diagnósticos clínicos.
- 5) A la municipalidad, Hospital y personal de salud, para promocionar la realización de endoscopia digestiva alta en pacientes jóvenes, menores de 40 años, con sintomatología digestiva, para el diagnóstico precoz de patologías digestivas y posibles complicaciones de éstas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [Online].; 2001 [cited 2018 2018 13 de enero. Available from: <http://dle.rae.es/?id=FEMDKCT>.
2. Sánchez Baño AG. Correlación entre el diagnóstico clínico de la enfermedades digestivas altas más frecuentes vs endoscopia digestica alta e histopatológico en el Hospital Iess Ambato. Repositorio Institucional UNIANDES. 2014 Diciembre.
3. Abad Regalado F, Aguaysa Reinoso M, Bermeo Bernal R. Hallazgos clínicos, endoscópicos altos e histológicos de pacientes con síntomas dispépticos atendidos en el Hospital José Carrasco Arteaga durante 2010-2011. Repositorio Institucional-Universidad de Cuenca. 2013.
4. Perú Mdsd. [Online].; 2016 [cited 2018 marzo 04. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=17185>.
5. Cabrales Fuentes , Verdecia Barbie. COMPORTAMIENTO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON GASTRITIS, MUNICIPIO URACHICHE, ESTADO YARACUAY, VENEZUELA, 2015. Morfovirtual2016; Convncioón Internacional Virtal de Ciencias Morfológicas. 2016 Octubre.
6. Abreu Jarrín , Ramos Tirado S, Trejo Muñoz , Cintado Tortoló. Caracterización clínico-endoscópica de pacientes con hemorragia digestiva alta. Hospital General Pedro Betancourt de Jovellanos. Revista Médica Electron. 2013 Marzo-Abril; 35(2).
7. Espinoza Ríos J, Huerta Mercado Tenori J, Lindo Ricce M, García Encinas C, Ríos Matteucci , Vila Gutierrez S, et al. Validación del Score de Rockall en pacientes con hemorragia digestiva alta en un hospital de Lima - Perú. Revista de Gastroenterología del Perú. 2009 Abriil-Junio; 29(2).
8. Velásquez León VV. Características Clínicas de pacientes con Hemorragia Digestiva Alta en la unidad de hemoragia Digestiva, Servicio de Gatroenterología, Hospital Edgardo Rebagliati Martins-EsSalud, 2013 – 2014. Repositorio Académico USMP. 2016.
9. Bonzano Díaz L. Factores clinicos asociados a ulcera peptica en pacientes atendidos en el servicio de gastroeneterologia del Hospital Vitarte en el año 2015. Cibertesis URP. 2018.

10. González , Benavides , Santofimio , Gil. Cáncer gástrico: características epidemiológicas, clínicas y patológicas de los pacientes atendidos en el Hospital Universitario de Neiva entre enero del 2007 y diciembre del 2012. Revista Facultad de Salud. 2015 Julio-Diciembre; 7(2): p. 23-28.

11. Apaza Charaja L. Cibertesis UCSM. [Online].; 2014 [cited 2018 Marzo 05]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/54222367.pdf>.

12. Gómez , Garzón M, Martínez JD, Rey MH, Marulanda JC, Molano JC, et al. Várices esofágicas: experiencia clínica en un hospital de referencia regional. Revista Colombiana de Gastroenterología. 2003 Marzo; 18(1).

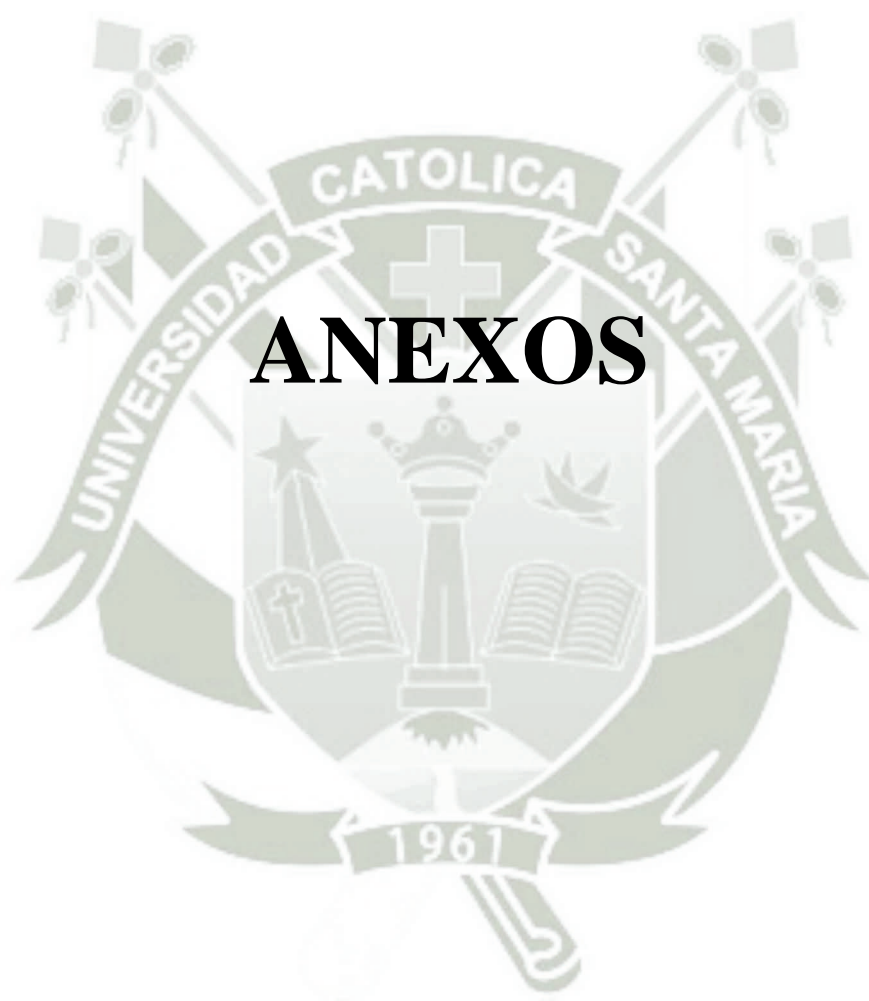
13. Hernández Gancés HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnostica La Habana: Ciencias Medicas; 2008.

14. De la Torre Bravo A. Asociacion mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. [Online]. [cited 2018 2018 14 Febrero. Available from: <http://www.amegendoscopia.org.mx/index.php/ameg/historia/145-historia-de-la-endoscopia>.

15. Modiin I, Kidd M, Lye K. From the lumen to the laparoscope. Pub Med. 2004 Octubre; 139(10).

16. Rodríguez Martínez YG, Martínez Hernández R, Labañino Villarejo A. Desarrollo Historico de la Endoscopia Gastrointestinal. 16 de Abril. 2012 Julio.

17. Spaner S WG17p9. A Brief History of Endoscopy, Laparoscopy and Laparoscopic Surgery. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 1997 Julio; 6: p. 9-73.



ANEXOS

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°/ H Cl _____

Edad: ____ años

Sexo: Varón

Mujer

Diagnóstico clínico Preenocópico:

Diagnostico Endoscópico.

Ubicación de la lesión:

Esófago

Estómago

Fondo

Cuerpo

Incisura

Antro

Duodeno:

Bulbo

Segunda porción

Otro

Observaciones:

.....

ANEXO 2: MATRIZ DE SISTEMATIZACION DE DATOS

ID	SEXO	EDAD	edad COD	CLINICO Gastritis Gastropatía Dispepsia	ENDOSCOPICO Gastritis Gastropatía Dispepsia	CLINICO ulceropéptica	ENDOSCO PICO ulceropéptica	CLINICO HDA	ENDOSCOPICO HDA	CLINICO nmgastrico	ENDOSCOPICO nmgastrico	ClínicoVaricesEsofágicas	ENDOSCOPICOVarices Esofágicas	Esófago	cardias	hiatoesofágico	fundos	cuero	incisura	antró	BulboDuo denal
1262	5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1								
2152	4	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2			1	1	1	1	1		
366	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1	1	1		
4170	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2					1		1	1	
5176	6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1								
6180	6	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2								1	1
7262	5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1								
8160	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1			1	1	1	1		
9174	6	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1		
10261	5	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1			1	1	1	1		
11188	6	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1		1	1	1				
12253	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		1		
13236	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1		
14156	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		1		
15167	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1			1	
16255	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1		
17274	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1		1		
18125	1	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2								1	
19245	3	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1			1	1	1	1		
20257	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2					1		1		
21256	4	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1								
22272	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1		1		1		
23245	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2				1	1				
24147	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2						1	1		
25268	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1	1	1		
26260	4	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2			1		1		1		1
27277	6	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2			1		1		1		
282178	6	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1		1		
29279	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1			1	1	1	1		
30164	5	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2					1	1	1		
31262	5	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1		
32227	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		1		
33234	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1			1	1		1		
34166	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1		1		
35159	4	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2				1	1				
36123	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2					1		1		
37273	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1		
38264	5	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1			1	1		1		
39250	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1		
40147	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1						1		
41276	6	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2				1	1		1		
42176	6	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2				1	1				
43263	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1		1		
44145	3	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1		1		
45143	3	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1		1		
46286	6	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1		1		

472	71	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1				
481	35	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
491	47	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2		1	1	1		
501	41	3	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1		
511	75	6	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2		1	1	1		
522	37	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1	1	
531	52	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1		1	1		
542	57	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1		
552	70	5	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2		1		1	1	
562	81	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2		1	1	1		
571	53	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1		
582	68	5	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2		1	1	1		
592	28	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2			1			
602	74	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1		1		
612	55	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2				1		
622	73	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1
632	37	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1			
641	41	3	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1		
651	76	6	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2		1	1			
661	57	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1		
671	87	6	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2		1	1	1	1	1
682	30	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
691	80	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1			1		
702	31	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
711	38	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
722	33	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
731	57	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
741	56	4	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1		
751	82	6	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1	1		
762	59	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2		1	1	1		
771	63	5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	1				
781	64	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
791	21	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2		1	1	1	1	
802	25	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
812	60	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	1		
822	23	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1		1		
832	40	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
841	66	5	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1		
851	53	4	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1					
861	70	5	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2		1	1	1	1	
871	59	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
882	70	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1		
891	78	6	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2		1				
901	64	5	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2		1	1	1		
912	51	4	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2		1	1		1	
922	66	5	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1		1	1		
931	59	4	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2			1	1	1	
941	85	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2		1	1	1	1	
952	45	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1		
962	72	6	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1			1	1	1

972	27	6	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1						
982	44	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
992	39	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1001	33	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1			1	1	1	1
1011	59	4	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1		1	1	
1022	19	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2				1	1	1	
1033	84	6	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2			1	1	1	1	
1044	31	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1			1	1	1	
1055	81	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1066	20	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1077	19	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1
1088	41	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1			1		1	1
1099	74	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2			1		1	1	
1100	55	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2			1	1	1	1	
1111	55	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1			1	1	1	
1122	33	2	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1			1	1	1	
1133	30	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1			1	1		
1144	72	6	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1			1	1	1	1
1155	37	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1166	61	5	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1			1	1	1	
1177	21	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1188	36	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1199	55	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1200	69	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1211	49	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1222	51	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1233	63	5	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2				1	1	1	
1244	71	6	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1	
1255	60	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	
1266	20	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1277	53	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	
1288	75	6	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1	1	
1299	48	3	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1	
1300	45	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
1311	55	4	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1			1	1	1	
1322	23	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	

133	27	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1		
134	61	5	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1		
135	64	5	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1	1		
136	70	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1		
137	49	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2					1			
138	57	4	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1			1	1	1	1	1
139	56	4	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1			1	1	1	1	1
140	42	3	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1		1	1	1	1	1	
141	42	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
142	29	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
143	78	6	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1							
144	70	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1	1	1	
145	70	5	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	1			1	1	1	1	
146	52	4	2	1	2	2	1	1	2	2	1	1	1			1	1	1	1	
147	41	3	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1	
148	39	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1							
149	42	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1		1	1	1	1	1	1
150	53	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
151	83	6	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2					1			
152	57	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
153	61	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2				1		1		
154	70	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1	
155	53	4	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1			1	1	1	1	1
156	49	3	2	1	1	2	1	1	2	2	2	2				1	1	1	1	
157	71	6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1							
158	71	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2			1	1	1	1	1	
159	50	3	2	1	2	1	1	1	2	2	1	1	1			1	1	1	1	
160	82	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1			1	1	1	1	
161	63	5	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2				1	1	1	1	
162	59	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1				1	1	1	
163	57	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1		1	1	
164	69	5	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2				1	1	1	1	1
165	60	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1	1
166	29	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
167	70	5	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2				1	1	1	1	
168	72	6	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2				1	1	1	1	

8																				
169	2	27	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1		
170	1	38	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2				1	1			
171	2	49	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1		
172	1	92	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2				1	1	1	1	1
173	2	60	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1		
174	2	21	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1		
175	2	71	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1	1		
176	1	63	5	1	1	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	1	
177	1	60	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1			1	1	1	1	1	1
178	2	62	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
179	1	27	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	1	
180	1	79	6	2	1	1	2	2	2	1	2	2			1	1	1	1		
181	1	79	6	2	1	1	2	2	1	2	2	2			1	1	1	1		
182	1	58	4	2	1	2	1	2	1	1	2	2			1	1	1	1		
183	2	41	3	2	2	2	2	2	1	1	2	2				1				
184	2	19	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
185	2	57	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1	
186	2	49	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2			1	1	1	1		
187	2	52	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2			1	1	1	1	1	
188	2	82	6	2	1	2	2	2	1	2	2	2			1	1	1	1		
189	2	44	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1	
190	2	53	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2				1		1		
191	2	65	5	2	1	2	2	2	1	2	2	1			1	1	1	1		
192	1	61	5	2	1	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1	
193	1	53	4	2	1	2	2	1	1	2	2	1			1	1	1	1		
194	2	33	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1		1		
195	1	59	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2			1	1	1	1		
196	1	80	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2			1	1	1	1		
197	1	42	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	1	
198	2	76	6	2	1	1	1	2	1	2	2	2			1	1	1	1		
199	2	51	4	1	1	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	1	
200	1	44	3	2	1	2	2	2	1	2	2	1			1	1	1	1		
201	2	52	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2				1	1	1	1	
202	2	23	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2				1	1	1	1	
203	2	63	5	1	1	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	1	

204	175	6	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2				1	1	1	
205	276	6	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1
206	173	6	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2					1	1	
207	169	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1
208	156	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1
209	270	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1			1	1	1	1
210	257	4	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2					1	1	1
211	156	4	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1					1	1	
212	154	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1					1	1	1
213	257	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1
214	265	5	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2					1	1	1
215	128	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1
216	189	6	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1			1	1	1	1
217	123	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2					1	1	1
218	139	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2					1	1	1
219	229	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2					1	1	1
220	261	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1			1	1	1	1
221	251	4	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2					1	1	1
222	241	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	
223	252	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1
224	271	6	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2					1	1	1
225	280	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1
226	251	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	
227	170	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1				1	1	1
228	148	3	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1			1	1	1	1
229	260	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1
230	279	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1
231	158	4	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2						1	1
232	245	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2						1	1
233	153	4	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1					1	1
234	259	4	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2						1	1
235	119	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2						1	1
236	159	4	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2							1
237	129	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2						1	1
238	175	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1			1	1	1	1
239	134	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2					1	1	1

275	2	56	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1				
276	1	59	4	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2							
277	2	52	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1							
278	1	83	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	1						1
279	1	65	5	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2							1
280	2	58	4	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2							1
281	1	67	5	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2							1
282	2	57	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2							1
283	1	24	1	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2							1
284	2	20	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2							1
285	1	54	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1						1
286	2	56	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2							1
287	2	40	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2							1
288	1	42	3	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2							1
289	2	83	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2							1
290	1	56	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2							1
291	2	48	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2							1
292	1	55	4	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1						1
293	1	87	6	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1						1
294	2	79	6	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2							1
295	1	61	5	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2							1
296	2	79	6	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1						1
297	2	55	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1						1
298	2	52	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2							1
299	1	41	3	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2							1
300	1	62	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2							1
301	1	42	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2							1
302	2	19	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2							1
303	1	68	5	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2							1
304	1	77	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1						1
305	2	62	5	1	1	2	2	1	1	2	2	2	2							1
306	1	82	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2							1
307	1	43	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2							1
308	2	83	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2							1
309	2	75	6	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1						1
310	1	30	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2							1

0																				
3111	69	5	2	1	2	1	2	1	2	2	1	2					1	1	1	
3122	74	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1					1		1	
3133	69	5	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1					1	1		
3144	19	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1			1	1	1	1	
3155	67	5	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1				1	1		
3166	85	6	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2					1		1	
3177	80	6	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1				1	1	1	1
3188	85	6	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1				1	1	1	1
3199	21	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		1
3200	76	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		
3211	73	6	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2				1		1	
3222	24	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2				1	1	1	1
3233	90	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2				1	1	1	1
3244	85	6	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2				1	1		1
3255	76	6	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2				1	1	1	1
3266	46	3	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1				1	1	1	1
3277	19	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1		1	
3288	43	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2				1		1	
3299	33	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2				1	1		1
3300	47	3	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2				1	1		1
3311	61	5	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1			1	1		1
3322	73	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		1
3333	50	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2				1	1	1	1
3344	71	6	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2				1	1	1	
3355	23	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1		1	
3366	65	5	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1				1	1		1
3377	39	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2				1	1		1
3388	51	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1			1	1	1	1
3399	73	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	1
3400	57	4	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2				1		1	
3411	58	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		1
3422	84	6	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2	1	1			1	1	1	1
3433	47	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2				1	1	1	1
3444	61	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1			1	1	1	1
3455	65	5	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1			1	1		1

346	2	74	6	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1		
347	1	52	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1		1	1	1
348	1	22	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
349	1	18	1	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2			1	1	1
350	2	41	3	2	2	2	1	1	1	2	2	2	2	2			1		1
351	2	71	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1
352	2	55	4	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2			1		1
353	1	34	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1
354	1	20	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
355	1	48	3	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1			1	1	1
356	2	87	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2			1	1	1
357	1	62	5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1		
358	1	42	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2			1	1	1
359	2	32	2	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2			1	1	
360	2	55	4	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2			1	1	1
361	1	70	5	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2			1	1	1
362	2	30	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
363	2	62	5	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1			1	1	1
364	1	70	5	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2			1	1	1
365	2	21	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1			1	1	1
366	2	45	3	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	
367	2	74	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
368	2	50	3	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2					1
369	2	36	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
370	2	76	6	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	2			1	1	1
371	1	89	6	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2					1
372	1	30	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1			1	1	
373	2	43	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2					1
374	2	60	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
375	2	30	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2				1	1
376	2	46	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
377	1	27	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
378	1	80	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2			1	1	1
379	2	79	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2					1
380	2	70	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	
382	2	43	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2					1

1																				
382	2	5	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2					1	1		
383	1	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2							1	
384	2	6	5	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1				1	1	1	
385	1	6	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2					1	1		
386	1	8	6	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2			1	1	1	1	
387	2	5	4	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1			1	1		
388	2	4	3	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2				1	1	1	
389	2	7	6	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1		1	
390	2	7	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
391	2	6	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1	1	
392	2	4	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2				1	1	1	
393	2	8	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2			1	1		1	
394	1	7	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
395	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
396	1	6	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1		
397	2	4	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1		1
398	1	5	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1		1	
399	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2						1	
400	2	7	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
401	1	5	4	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1			1	1	1	
402	2	8	6	2	1	2	2	2	1	1	1	2	2				1	1	1	
403	1	6	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
404	2	6	4	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2				1	1	1	
405	2	4	3	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2					1	1	1
406	1	7	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2				1	1	1	1
407	2	7	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1			1	1	1	1
408	2	8	6	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2				1	1	1	
409	2	3	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1	1	
410	2	6	5	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2			1	1	1	1	
411	2	4	3	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2				1	1	1	
412	2	4	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
413	1	7	6	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1				1	1	1	
414	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1	1	
415	1	8	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2				1	1	1	
416	1	5	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1		1	

417	62	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1
418	59	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
419	87	6	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2		1	1	1	
420	84	6	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1		1	1	1
421	75	6	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2			1	1	1
422	58	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
423	61	5	1	1	1	2	1	1	2	2	2	2		1	1	1	1
424	45	3	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2			1	1	1
425	42	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1
426	50	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1	1
427	27	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2				1	1
428	84	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2	2		1	1	1	1
429	34	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1		1	1	1
430	26	1	2		2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
431	71	6	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1		1	1	1
432	51	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2			1		1
433	32	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1	1
434	39	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
435	27	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1
436	65	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2		1	1	1	1
437	33	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2				1	1
438	25	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1
439	71	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1				
440	60	4	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1		1	1	1
441	51	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
442	75	6	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1				
443	55	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2			1		
444	39	2	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2			1		1
445	63	5	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2				1	
446	78	6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2				1	1
447	52	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2				1	1
448	52	4	2	1	2	1	2	1	2	2	1	1	1		1		1
449	46	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
450	52	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
451	48	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1
452	68	5	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2		1	1	1	1

488	4	2	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1		
489	4	7	6	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1		
490	4	4	3	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2			1	1	
491	4	6	5	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2			1		1
492	4	6	5	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
493	4	1	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1
494	4	6	5	1	1	2	2	1	2	2	2	2	2			1	1	1
495	4	4	3	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2			1	1	
496	4	6	4	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2			1		1
497	4	7	0	5	2	1	2	1	2	2	2	2	2		1	1	1	1
498	4	7	0	5	2	1	2	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1
499	4	5	1	4	2	2	2	1	1	2	1	2	2			1	1	
500	5	2	5	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
501	5	4	0	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2			1	1	
502	5	3	5	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2			1	1	
503	5	6	5	5	2	1	2	2	2	1	2	2	2			1	1	1
504	5	5	5	4	2	1	2	1	1	1	2	2	2			1	1	1
505	5	5	5	4	2	1	2	1	1	1	2	2	2			1	1	1
506	5	7	1	6	2	1	2	2	1	1	2	2	2			1	1	1
507	5	7	0	5	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	
508	5	2	9	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1
509	5	8	6	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2			1	1	
510	5	7	6	6	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	1	
511	5	4	5	3	1	1	2	2	2	1	2	2	2			1		1
512	5	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2		1		1
513	5	7	0	5	2	1	2	2	2	2	1	2	2			1	1	1
514	5	4	2	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1
515	5	7	3	6	2	2	1	1	2	1	2	2	2			1	1	1
516	5	1	7	1	6	2	2	1	1	2	1	2	2			1	1	1
517	5	3	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1
518	5	8	5	6	2	1	2	1	1	1	2	2	2			1	1	1
519	5	1	7	0	5	2	1	2	2	2	1	2	2	1	1	1	1	
520	5	6	6	5	2	2	2	1	1	2	2	2	2			1	1	1
521	5	2	5	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	
522	5	4	9	3	2	1	2	2	1	2	2	2	2			1	1	1
523	5	4	7	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2			1	1	1

ANEXO 3: PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDONOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



“CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO PREENDOSCÓPICO DE LAS ENFERMEDADES MÁS FRECUENTES Y DIAGNÓSTICO DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE GASTROENTEROLOGÍA DEL HOSPITAL III GOYENCHE DE AREQUIPA, 2017”

Proyecto de investigación presentado por:

DEYVIS CRISTIAN FRANCO VELAZCO

Para Obtener el Título de Médico-Cirujano.

Asesor: Dr. Zegarra Marquina, José Alonso

Arequipa - Perú

2017

I. PREÁMBULO

La endoscopia digestiva alta o gastroscopia es una prueba ampliamente utilizada para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, se define como “aquella técnica de exploración visual dentro de una cavidad o conducto,” (1) en este caso de la vía digestiva alta (boca, esófago, estómago y duodeno proximal). Su realización es cada vez más frecuente, como una forma de identificar de manera directa potenciales lesiones gástricas en personas que presentan síntomas comunes a la parte inicial del tubo digestivo.

En muchas ocasiones las manifestaciones clínicas de las patologías digestivas altas pueden ser poco precisas o comunes a diversas patologías, por lo que el diagnóstico basado sólo en la clínica puede ser impreciso, y los estudios de laboratorio pueden ser de poca utilidad por la diversidad de patologías, sea en el esófago (como el reflujo o la esofagitis), en el estómago (gastritis aguda o crónica, cáncer gástrico, úlcera gástrica etc.) y duodenales (duodenitis, úlcera duodenal). Es por ello que la endoscopia cobra gran importancia por la posibilidad de no sólo observar directamente las características de las lesiones sino brindar información pronóstica y alternativas terapéuticas, así como también la toma de biopsias dirigidas en caso de ser necesarios.

Inclusive la realización de biopsias puede ser influida por la técnica endoscópica, puesto que la evaluación de la mucosa gastrointestinal en una endoscopia rutinaria se hace con luz blanca, pero puede pasar por alto una serie de lesiones, que dan lugar a una mala interpretación de resultados y a una terapia retardada o subóptima.

Los resultados de la presente investigación contribuirán a identificar la utilidad de la sospecha clínica en relación con el Diagnóstico endoscópico en patología digestiva alta, como procedimiento de elevada frecuencia de realización para el estudio diagnóstico de la porción inicial del tubo digestivo.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Existe concordancia entre el diagnóstico Clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y Diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Gastroenterología
- Línea: Endoscopia digestiva alta

b) Operacionalización de Variables

Variable	Indicador	Categorías	Escala
Sexo	Informe de endoscopia digestiva alta	Masculino Femenino	Nominal
Edad	Informe de endoscopia digestiva alta	Años: 18-28 29-39 40-50 51-60 61-70 ≥71	Numérica de razón
Diagnóstico preendoscópico	Presunción Diagnostica	Reflujo Gastroesofágico, Esofagitis, Varices esofágicas, Hernia	Nominal

		Hiatal, Incompetencia Hiatal, Gastritis, Gastropatías, Hemorragia Digestiva Alta, Neoplasia, Ulcera Gástrica, etc.	
Diagnostico endoscópico	Atrofia, eritema, ulceras, erosiones, metaplasia, mucosa hemorrágica, nodularidad, engrosamiento de pliegues, etc.	Reflujo Gastroesofágico, Esofagitis, Varices esofágicas, Hernia Hiatal, Incompetencia Hiatal, Gastritis, Gastropatías, Hemorragia Digestiva Alta, Neoplasia, Ulcera Gástrica, etc.	Nominal
Ubicación de la lesión	Descripción endoscópica	Esófago, cardias, Estomago: fondo gástrico, cuerpo, antro pilórico, píloro, Duodeno: Bulbo, Segunda porción	Nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son los diagnósticos Clínicos preendoscópicos más frecuentes de pacientes que acuden al Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa para realización de endoscopia digestiva alta durante el 2017?

2. ¿Cuáles son los Diagnósticos más frecuentes de la endoscopia digestiva alta en pacientes sometidos al estudio en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa durante el 2017?
3. ¿Cuál es el sexo más frecuente sometido a endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa para realización de endoscopia digestiva alta durante el 2017?
4. ¿Cuál es el grupo etario más frecuente sometido a endoscopia Alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa para realización de endoscopia digestiva alta durante el 2017?
5. ¿Cuál es la zona del tubo digestivo donde se encuentra con mayor frecuencia los hallazgos endoscópicos?
6. ¿Existe concordancia entre el diagnóstico Clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y Diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2017?

d) **Nivel de investigación:** Se trata de un estudio Relacional.

e) **Tipo de investigación:** Se trata de un estudio observacional, retrospectivo, transversal.

1.3. Justificación del problema

- **Originalidad:** Aunque existen estudios previos sobre endoscopia digestiva en el hospital, ninguno ha abordado la concordancia entre el diagnóstico clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y el diagnóstico del estudio endoscópico.
- **Relevancia científica:** se establece la concordancia entre los diagnósticos principales antes del procedimiento endoscópico y después del mismo de un grupo de enfermedades frecuentes.
- **Relevancia práctica:** permitirá establecer la necesidad de realización de un procedimiento invasivo en relación a la clínica y la semiología como

medio para diagnosticar patologías digestivas.

- **Relevancia social:** Se permite establecer la utilidad de la endoscopia digestiva alta para el diagnóstico de patologías frecuentes en la población, así mismo evitar un diagnóstico y tratamiento erróneo que pueda ocasionar insatisfacción al paciente, gastos innecesarios de recursos económicos, humanos y materiales.
- **Contemporaneidad:** La realización de estudios endoscópicos es cada vez mayor en la población para el diagnóstico directo y confirmatorio a través de biopsias de lesiones sugestivas de alguna patología digestiva alta.
- **Factibilidad:** El estudio es factible por contar con registros completos en Informes de Endoscopia Digestiva Alta de procedimientos de realización frecuentes en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa.
- **Motivación personal:** Por realizar una investigación en el área de la gastroenterología.
- **Contribución académica:** Se generarán nuevos conocimientos que servirán de fundamento para el desarrollo de futuras investigaciones en el campo de la medicina, específicamente en el área de la Gastroenterología.
- **Políticas de investigación:** por desarrollar del proyecto en el área de pregrado en medicina.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. Endoscopia digestiva alta:

2.1.1 Historia.

El hombre caracterizado por su incomparable inquietud de investigador despertó en él la curiosidad de poder intentar observar desde tiempos remotos el maravilloso mundo interior del cuerpo humano, debido a ello trajo consigo el actual conocimiento sobre el endoscopio y su utilidad muy relevante en la actualidad tanto para el diagnóstico como tratamiento de patologías digestivas.

Algunos autores dividen la Historia de la endoscopia en periodos: Periodo del endoscopio rígido (1868-1932), periodo del endoscopio semiflexible (1932-1957), periodo del fibroscopio (1957-actualidad) y periodo de la videoendoscopia (1983-actualidad). (1)

Hipócrates, considerado el primero en crear un instrumento de uso endoscópico en los años 400a.c. trató de ver el recto mediante un tubo y una vela introduciendo de ésta manera el término “endoscopia” que etimológicamente está formada por dos palabras griegas endo: adentro y skopein: mirar, observar o examinar que significa “Técnica de exploración visual de una cavidad o conducto del organismo”. (2)

Al final del primer milenio de la era cristiana Abulcasis describió en uno de sus textos creó un complemento para remover cierto elemento de la garganta, para lo cual necesito una postura corporal en particular, llamándola posteriormente con el término de “trendelemburg”.

El inicio de la endoscopia como tal se remonta a 1795 cuando un médico obstetra llamado Filippo Bozzini publicó un trabajo titulado “El conductor de luz y una descripción del instrumento simple y su utilidad para observar las cavidades internas y los intersticios del cuerpo animal vivo” y en 1809 usando un espejo reflector; conocido como Lichtleiter, tubo la posibilidad de observar el esófago, faringe, recto y tracto urinario.

Antonin Jean Désormeaux, mucho tiempo después ya en el año de 1850 empleó una muestra de alcohol y trementina como una fuente de energía para producir luz, éste instrumento creado por Désormeaux fue única y especialmente diseñado para ver el tracto urinario y la vejiga. Jhon A. Bevan también en el año de 1850 describió el primer esofagoscopio el cual fue utilizado para la extracción de cuerpos extraños, diagnóstico de estenosis y tumores.

Adolf Kussmaul, según cuenta la tradición y así lo reporta la literatura, observó un numero circense de un traga sables por ello en 1868 fabrico el gastroscopio utilizando de paciente a uno de cuello delgado y largo que por cierto también fue un tragasables. Es justo considerar a Kussmaul como padre de la endoscopia y a 1867 como el año del nacimiento de la especialidad. (3). Max Nitze y Josef Leiter en 1897 crearon el primer cistoscopio práctico.

En 1881, Mikulicz creó el primer gastroscopio rígido que obviamente no era para nada flexible, además proporcionó el progreso del siglo XIX, por desarrollar un concepto unificado que abarcó los tres componentes críticos de un endoscopio: una fuente de luz eléctrica, un sistema óptico y el cuerpo del endoscopio (4). Mikulicz afirmó que la pared del esófago presenta al menos 3 tipos de movimientos 1) un movimiento pulsátil, 2) un movimiento respiratorio y 3) un movimiento de peristalsis. (5)

Rudolf Schindler en 1922 introdujo el endoscopio rígido que por 10 años aproximadamente fue el instrumento más usado hasta 1932. En 1917 se demostró que se podía transmitir imágenes por una serie de lentes convexas por lo que R. Schindler basándose en ese principio construye el primer gastroscopio semiflexible iniciando así la etapa de fabricación de los endoscopios semirrígidos.

En 1943 Edwar B. Beneict desarrolló un gastroscopio que fue utilizado para la toma de tejido gástrico. Ya en 1949 Olympys Optical bajo la solicitud de un médico se llega al desarrollo de una cámara que tenía la capacidad de fotografiar y examinar el interior del tubo digestivo comenzando de esta manera el desarrollo histórico de las gastrocamaras.

Basil Hirsdcowits en 1957 mostró su nuevo gastroscopio al cual lo denominó fibroscopio, éste constaba de un tubo flexible compuesto de 36 000 fibras de vidrio, provisto de una óptica lateral, que transmitía la imagen por medio de un prisma y lámpara eléctrica colocada detrás del mismo. (17) (5)

Sivak y Fleischer en 1983 dan a conocer el endoscopio electrónico, que sustituye el haz de fibras por un micro transmisor fotosensible, a partir de este momento la endoscopia se modifica completamente, éstos equipos permiten grabar, tomar fotografías en serie, transmitir la imagen a distancia, etc. En 1992, aparecieron los endoscopios de magnificación Olympus y Fujinon con los cuales se puede agrandar un sitio específico, para descartar una patología existente, que a simple vista podría pasar inadvertida. (5) (17)

En 2001 por primera vez se usa la cápsula endoscópica, la que se administra por vía oral y hace un recorrido a lo largo de todo el tubo digestivo mientras va mostrando imágenes y videos en tiempo real por wifi.

2.1.2 Concepto.

Endoscopia etimológicamente está formada por dos palabras griegas: Endo: adentro y Skopein: mirar, observar o examinar, por consiguiente Endoscopia Digestiva alta podría definirse como aquella “técnica de exploración visual dentro de una cavidad o conducto” (2), en este caso de la vía digestiva alta (boca, esófago, estómago y duodeno proximal). Es un procedimiento importante para un diagnóstico y tratamiento de patologías digestivas altas que se realiza mediante el uso de un endoscopio, éste es un instrumento flexible en forma de tubo que termina en una lente y una cámara. Las imágenes se transfieren a un monitor para ser analizadas o almacenadas.

2.1.3 Tipos de endoscopio.

Actualmente existen dos tipos de instrumentos flexibles, básicos para la realización de la endoscopia gastrointestinal: los fibroscopios, en donde la imagen se transmite a través de una fibra óptica con características especiales y los videoendoscopios, en donde una microcámara de video instalada en la punta distal del endoscopio permite visualizar la imagen en un monitor de video (pantalla). En ambos casos, la luz requerida para poder visualizar dentro del paciente, es llevada por una fibra óptica de vidrio desde la fuente de luz hasta la punta del endoscopio flexible.

Entre las características principales de la fibra óptica encontramos que permiten la transmisión máxima de luz, son de un tamaño muy pequeño (inferior al diámetro del cabello humano), son muy flexibles y dispuestas en forma ordenada, permiten la transmisión de una imagen. Aprovechando las características de la fibra óptica los fibroscopios pueden transmitir la imagen desde el lente objetivo que se encuentra en el extremo distal del tubo de inserción hasta el conjunto de lentes ubicados en el ocular (sección proximal). En ese orden de ideas el usuario de un fibroscopio sólo requiere como equipos adicionales una fuente de luz y un equipo de sección.

Los videoendoscopios en cambio gracias a la microcámara de video reproducen la imagen por medios electrónicos, en donde la imagen análoga producida por la cámara es llevada a través de cables a un procesador digital para luego ser proyectada en una pantalla de visualización; de tal forma que el usuario de un videoendoscopio requiere como equipos adicionales una fuente de luz, un procesador de video, un monitor de video y un equipo de succión.

2.1.4 Indicaciones.

El empleo de la endoscopia digestiva alta está bajo un control estricto y el apego a las indicaciones y la selección de pacientes es crucial para el uso eficiente de éste recurso. La sociedad Americana de Gastroenterología (ASGE) ha establecido desde hace más de 20 años guías que promueven la práctica endoscópica, formulando las indicaciones bajo las cuales se justifica el uso de esta herramienta diagnóstica y terapéutica. Estas se mantienen prácticamente sin cambios respecto a las más recientes publicadas en el 2012 (7) y pueden resumirse en 4 categorías, a saber. 1) Si un cambio en el tratamiento puede justificarse en base a los hallazgos endoscópicos encontrados, 2) Después de un intento fallido de tratamiento de una enfermedad que se sospecha sea benigna, 3) Como alternativa de estudio de otros procedimientos radiológicos y 4) Cuando un procedimiento terapéutico primario es contemplado. (7) (8)

Sin embargo, no existe un consenso o compilación de cuando debería efectuarse *per se* este procedimiento, de manera que cada médico puede justificar la realización de una endoscopia tomando en cuenta la totalidad del contexto clínico de su paciente y la experiencia que éste posee. (7)

En la Tabla 1 se muestra una lista de indicaciones para un diagnóstico y una terapéutica correspondiente a cada segmento de la vía digestiva alta.

Tabla 1. Indicaciones de la endoscopia Digestiva Alta. (Diagnóstica y terapéutica).

ÓRGANO	INDICACIONES
Esófago	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio del RGE • Hernia Hiatal • Hipertensión portal • Estenosis esofágica (disfagia, odinofagia) • Acalasia • Esófago de Barrett • Sospecha de neoplasia • Tratamiento del cáncer temprano • Tratamiento de divertículos (Zenker) • Tratamiento de lesiones hemorrágicas • Ingesta de tóxicos (ácido o alcalino) • Dilataciones esofágicas

	<ul style="list-style-type: none"> • Escleroterapia de várices • Extracción de cuerpos extraños • Polipectomía • Enfermedad ácido péptica • Estudio del dolor retroesternal • Enfermedades sistémicas que afectan el TGI superior
Estómago	<ul style="list-style-type: none"> • Gastritis atrófica • Úlcera duodenal y duodenitis • Náuseas y vómitos persistentes • Sospecha de neoplasia • Seguimiento después de cirugías • Dispepsia que no responde al tratamiento médico > 45 años • Control de sangrado digestivo • Polipectomía • Tratamiento de la obesidad • Gastrostomía percutánea
Duodeno	<ul style="list-style-type: none"> • Sospecha de neoplasia • Polipectomía • Síndrome de mala absorción (biopsias) • Control de lesión sangrante

Fuente: Elaboración propia

2.1.5 Contraindicaciones.

Así como las indicaciones las contraindicaciones dependerán en su mayoría del juicio clínico del médico tratante y del estado clínico del paciente, sin embargo, existen ciertos criterios dados por las guías de la Asociación Americana de Gastroenterología (ASGE) las que pueden servir como pautas para la toma de decisiones.

La Endoscopia Digestiva Alta (EDA) generalmente no está indicada en 1) Cuando los resultados no contribuyan a la elección de un manejo y 2) Para el seguimiento periódico de una enfermedad benigna curada a menos que la vigilancia de una condición premaligna esté garantizada. Además, la EDA generalmente está contraindicada en 1) Cuando los riesgos para la salud o la vida del paciente superan los

beneficios más favorables del procedimiento, 2) Cuando el consentimiento o la cooperación adecuada del paciente no pueden ser obtenidos y 3) Cuando se conoce o sospecha de una víscera hueca perforada. (8)

2.1.6 Complicaciones de la Endoscopia digestiva alta.

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento seguro, las complicaciones son poco frecuentes, menos de 1 de cada 1000 procedimientos diagnósticos terminan en alguna complicación y pudiendo alcanzar el 1% en caso de que se realice algún procedimiento quirúrgico (9) La mortalidad es muy baja, situándose aproximadamente en 0.004% (9) aumentando con la edad y comorbilidades que pueda presentar el paciente en el momento del procedimiento.

Dentro de las complicaciones relevantes existentes en la realización de la endoscopia digestiva alta podemos destacar los siguientes 1) Derivadas de la sedación y anestésicos tópicos, 2) Complicaciones cardiovasculares, 3) Infecciones, 4) Perforaciones, 5) Aspiraciones, 6) Hemorragias y 7) incarceration del endoscopio. (9)

Las complicaciones mecánicas del procedimiento diagnóstico son: la perforación esofágica y el daño de la dentadura. El sangrado secundario a la toma de biopsias casi siempre es autolimitado. Existen otras complicaciones asociadas al estado previo del paciente, a sus enfermedades concomitantes y medicación previa (hipoxemia, bradicardia, hipotensión, endocarditis bacteriana, diátesis hemorrágica, sedación excesiva y aspiración); igualmente se han descrito en los últimos años otros tipos de complicaciones raras.

Cuando el procedimiento vale la pena y cuando los beneficios superan los riesgos, sólo en esos casos es necesario la indicación un procedimiento endoscópico. Las complicaciones son inaceptables si la endoscopia no está indicada como por ejemplo la perforación colonoscópica realizada durante el seguimiento de un único pólipo recto sigmoideo. (10)

En resumen, la esofagogastroduodenoscopia o endoscopia alta conlleva cierta morbilidad y mortalidad; las tasas de complicaciones hasta cierto grado dependen del operador. Su riesgo aumenta con la edad y el número de enfermedades que sufre el

paciente. En el anciano y en personas con problemas cardiopulmonares, la realización de la endoscopia debe obedecer a una indicación muy precisa.

2.2 Principales patologías digestivas altas

2.2.1 Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

2.2.1.1 Concepto

La ERGE ha sido definida de distintas formas a través del tiempo, algunas de las cuales ha generado cierto grado de confusión y controversias. En los últimos años se han llevado a cabo distintos consensos basados en evidencias para tratar el tópico y dar una definición operativa y normas de manejo (11), el último consenso multicontinental de Montreal en el año 2006 la define como una “condición que se desarrolla cuando el reflujo del contenido del estómago causa síntomas molestos y/o complicaciones”. (12)

2.2.1.2 Epidemiología

La prevalencia de ERGE en la población fue estimada en base a presencia de síntomas típicos (pirosis y Regurgitación). Una revisión sistemática mostró una prevalencia del 10 -20 % en países del occidente con prevalencias más bajas en Asia. (11) (13). En Asia, la prevalencia de ERGE es menor a la de Europa y América del, y varía entre 2.5% y 6.7%. (11) En Latinoamérica según una revisión realizada en 8 estudios (1 en Argentina, 5 de Brasil y 2 de México) la prevalencia de ERGE fue de 11,9% a 31.3%. (14)

Aquí en Perú el estudio realizado en 2010 en la ciudad de Chiclayo se encontró una prevalencia de ERGE del 26.51% .(15)

2.2.1.3 Presentación Clínica.

Los síntomas en la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) son muy variables, algunos estudios lo subdividen en esofágicos como la pirosis y regurgitación y extraesofágicos como un dolor de pecho que previamente se descarta una patología cardíaca, la disfagia también puede ser un síntoma de ERGE no complicada, su presencia requiere una meticulosa evaluación a fin de descartar otras entidades como trastornos motores del esófago, estenosis o malignidad. Por otra parte los síntomas extraesofágicos incluyen tos crónica, asma y laringitis crónica (11). Así mismo un 38%

de los pacientes pueden presentar síntomas de dispepsia (epigastralgia, saciedad precoz, náuseas, eructos) en forma concurrente. (16)

El aspecto más molesto que sufren los pacientes con ERGE son los síntomas que se producen en las noches, los pacientes con reflujo nocturno sufren las mismas afecciones esofágicas y/o extraesofágicas que, durante el día, pero con mucha mayor intensidad. Esto se debe a que entre las 2 y 3 de la mañana se produce un aumento natural de la producción de ácido gástrico enfatizándose la sensación de ardor. Adicionalmente, al dormir, la posición horizontal facilita que el contenido gástrico suba al esófago. Estas molestias originan que más de 60% de los pacientes con ERGE sufran trastornos de sueño, comento la Dra. Elymor Galvis. (17)

2.2.1.4 Hallazgos endoscópicos.

Un porcentaje de pacientes que padecen crónicamente reflujo gastroesofágico pueden desarrollar lesiones esofágicas de mayor o menor grado. La lesión por excelencia es la esofagitis. La esofagitis se puede clasificar según su gravedad según la escala de Savary- Miller:

- Grado I: lesiones superficiales en forma de eritema o friabilidad con desaparición del fino patrón vascular, aunque puede haber alguna lesión aislada.
- Grado II: erosiones múltiples que no afectan a la totalidad de la circunferencia esofágica.
- Grado III: las erosiones confluyen distalmente adoptando morfología circunferencial.
- Grado IV: lesiones crónicas como úlceras, estenosis o metaplasia de Barret.

Esta clasificación tiene valor pronóstico debido a que evalúa posibles complicaciones

Otra clasificación endoscópica por esofagitis por reflujo gastroesofágico es la de Los Ángeles.

- Grado A: una o más lesiones de la mucosa, inferiores a 5mm.
- Grado B: una o más lesiones de la mucosa, superiores a 5mm que no se

extienden entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa.

- Grado C: una o más lesiones de la mucosa, que se continúan entre dos extremos superiores de dos pliegues de la mucosa, pero los cuales se limitan a menos del 75% de la circunferencia.
- Grado D: una o más lesiones de la mucosa que se limitan al menos al 75% de la circunferencia.

2.2.1.5 Hallazgos histológicos.

En “enrojecimiento” técnicamente llamada hiperemia de los tejidos puede ser la única alteración que se puede encontrar en un examen endoscópico. En la esofagitis por reflujo no complicada existen tres anomalías histológicas características 1) Presencia de células inflamatorias, entre ellas eosinófilos, neutrófilos y un exceso de linfocitos, en la capa epitelial escamosa, 2) Hiperplasia de la zona basal, que supera el 20% del grosor epitelial y 3) Elongación de las papilas de la lámina propia con congestión capilar, que se extiende en el tercio superior de la capa epitelial.

Además, se puede evidenciar metaplasia intestinal en muestra procedente de zonas donde se sospecha de Esófago de Barret.

2.2.2 Gastritis, Gastropatía.

2.2.2.1 Concepto.

La gastritis es una enfermedad aguda o crónica de la mucosa gástrica predominantemente inflamatorio, el termino gastritis se utiliza ocasionalmente para denotar inflamación asociada a la lesión de la mucosa, mientras que el daño y regeneración de las células epiteliales ausencia de inflamación o inflamación mínima se conoce como Gastropatía. (18)

Clásicamente el termino Gastritis es usado por un endoscopia para poder describir la mucosa con ciertas características atípicas o anormales en lugar de representar un hallazgo endoscópica en particular, sin embargo, en necesaria una biopsia de la mucosa alterada para confirmar el diagnóstico definitivo de gastritis

En la práctica clínica, se utiliza el término “gastritis” tanto para definir tanto el termino gastritis propiamente dicho como también para las gastropatías, por tener manifestaciones clínicas y hallazgos endoscópicos muy parecidos. (19)

2.2.2.2 Clasificación.

Entre las clasificaciones actuales de mayor uso están: 1) Clasificación Anatomopatológica basada en su presentación, prevalencia y etiología. (20) 2) Clasificación actualizada de Sydney basada en hallazgos endoscópicos, histológicos, etiológicos, topográficos y grado de daño y 3) Clasificación basada en criterios etiológicos, endoscópicos y patológicos. (19)

Se plantea también otras clasificaciones y una de las propuestas que más aceptación ha tenido por su simplicidad es la de Weinstein que las clasifica en tres grandes grupos que ofrecen una panorámica global: 1) Erosivas y hemorrágicas, 2) No erosivas (crónicas) y 3) específicas. (21)

2.2.2.3 Epidemiología.

Las gastritis, así como las duodenitis constituyen una causa muy importante de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. Actualmente ocupan el cuarto lugar dentro de las veinte principales causas de enfermedad.

Las gastritis agudas (erosiva o hemorrágica) representan un 30% de los sangrados de tubo digestivo alto. La gastritis es una entidad de elevada morbilidad a nivel mundial, su incidencia varía en las diferentes regiones y países. En el Perú, es una de las causas que con más frecuencia motivan a la consulta gastroenterológica. (19)

El 80% de los casos de gastritis que se registra en el Perú están originados por la presencia de la bacteria "Helicobacter Pylori", que se contrae por la mala costumbre de consumir agua no hervida, informó el médico gastroenterólogo Mario Valdivia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, del Ministerio de Salud (Minsa). (22)

2.2.2.4 Presentación Clínica.

Clínicamente las gastritis pueden ser clínicamente asintomáticas y en caso de existir síntomas éstos no son propios, sino atribuibles a ella, como es la presencia de ardor, dolor o molestias postprandiales en epigastrio, llenura precoz, vinagreras, náuseas, vómitos, distensión abdominal, síntomas que también pueden estar presentes en dispepsia no ulcerosa, úlceras o neoplasias gástricas o duodenales y aún en el colon irritable. Además pueden manifestarse con hemorragias crónicas o agudas que podrían llegar a ser masivas con hematemesis y melenas. (19)

2.2.2.5 Hallazgos endoscópicos.

Existe una variedad de signos endoscópicos que puedan hacer el diagnóstico endoscópico de alguna gastropatía o gastritis. Estos signos topográficamente pueden localizarse en antro denominándose gastritis antrales, en el cuerpo y fondo gástrico incluso pueden ubicarse en estos tres lugares denominándose pan gastritis.

Si bien es cierto que los signos endoscópicos en la mayoría de tipos de gastropatías son semejantes existen diferencias que los caracteriza, por ejemplo: En las gastropatías o “Gastritis” erosivas y hemorrágicas los signos endoscópicos se muestran preferentemente en el cuerpo y fondo gástrico, áreas de mucosa con edema y eritema dando un patrón en mosaico conocido como “Piel de Serpiente” que puede presentar múltiples punteados y erosiones hemorrágicas. (19)

Las imágenes endoscópicas en una gastritis crónica son diversas tales como, eritema difuso, eritema moteado, engrosamiento de pliegues con presencia de pliegues de más de 5mm en el antro o más de 10 en el cuerpo gástrico, también se evidencia superficie en empedrado, aumento de visibilidad de los vasos, petequias, friabilidad, y lacas blanco – amarillentas. (23)

En las gastritis no erosivas o no específicas endoscópicamente puede mostrar pliegues mucosos gruesos, nodularidad y erosiones aftosas. (19)

En la Gastritis biliar o alcalina la mucosa se aprecia cubierta de bilis acompañada de eritema y edema que compromete el antro o todo el estómago. (19)

En las Gastritis de tipo específica tenemos las gastritis virales causadas Citomegalovirus a la cabeza usualmente presente en pacientes inmunocomprometidos. La mucosa a la endoscopia puede ser edematosa y congestiva con erosiones o ulceraciones. (19)

Las gastritis por infecciones herpéticas, por virus del Herpes simple, H. varicella, H. zoster endoscópicamente la mucosa gástrica tiene apariencia de empedrado por presencia de úlceras lineales y pequeñas placas elevadas ulceradas. (19)

Las gastritis producidas por Mycobacterium tuberculosis puede ir asociada a pacientes inmunocomprometidos, éste tipo de gastritis endoscópicamente muestran

úlceras, masas, obstrucción pilórica y puede observar flujos de material caseoso. (19)

La gastritis por enfermedad de Crohn es muy común, endoscópicamente la mucosa puede mostrar eritema y nódulos con o sin erosiones y úlceras las que pueden ser elongadas o serpiginosas. (19)

La gastropatía hipertrófica incluye trastornos caracterizados por agrandamiento de pliegues del cuerpo y del fondo gástrico, observados endoscópicamente o en diagnóstico por imágenes entre las que se encuentran la Enfermedad de Menetrier, el Síndrome de Zollinger Ellison y la gastropatía hiperplásica hipersectoria. (19)

2.2.3 Úlcera péptica

2.2.3.1 Concepto.

Una úlcera Péptica es un defecto en la mucosa gástrica o duodenal que se extiende a través de la muscularis de la mucosa hacia las capas más profundas de la pared. (25)

El Libro de Harrison Principios de Medicina Interna edición N°18, define úlcera como “perdida de integridad de la mucosa del estómago o del duodeno que produce un defecto local o excavación a causa de inflamación activa”.

2.2.3.2 Epidemiología.

La Enfermedad Úlcera Péptica es una causa importante de morbilidad y costos de atención médica. (27)

La epidemiología de la enfermedad Úlcera Péptica (EUP) es un reflejo de la prevalencia cambiante de la infección por *Helicobacter Pylori*, el uso creciente de fármacos antiinflamatorios no esteroideos y el envejecimiento de la población. La EUP ha disminuido en prevalencia desde el siglo XX, estos cambios en la prevalencia de úlcera precedieron al descubrimiento de *Helicobacter Pylori*. (28)

En países que se encuentran en desarrollo, casi todos los niños podrían estar infectados con *H. Pylori* antes de que cumplan los 10 años y la prevalencia de adultos alcanza un máximo de más de 80% antes de los 50 años. (28) En contraste en países

desarrollados el H. Pylori es poco común niños antes de los 10 años aumentando en 10% en aquellos entre 18 y 30 años y al 50% en mayores de 60 años (28).s 30 años , mientras que en occidente el descenso se evidencio solo en la última década

En los países orientales la incidencia de EUP mostro un descenso rápido en los últimos 30 años además siendo más común en los hombres que en las mujeres con relación de 3:1, mientras que en los países occidentales el descenso solo se vio en la última década y la prevalencia es comparable en ambos sexos. (29)

A nivel nacional Ramirez ramos y col. Han descrito que durante el periodo de 1985 a 2002 la prevalencia de ulcera gástrica y ulcera duodenal ha disminuido de 3,15% y 5,05% respectivamente a 1.62% y 2%. (30) (31)

En un estudio realizado con 100 pacientes con ulcera péptica en el Hospital Daniel A. Carrión se encontró que en el 60% de los casos correspondía a ulceras duodenales, 36% a ulceras gástricas y 4% a ulceras del canal pilórico ulceras de localización tanto gástrica como duodenal. (31)

2.2.3.3 Presentación Clínica.

En un estudio con un total de 704 pacientes que tenían Enfermedad Ulcero Péptica se encontró que los 2/3 (70% aproximadamente) eran asintomáticos. (32) Los adultos mayores y las personas que toman medicamentos antiinflamatorios no esteroideos tienen más probabilidad de ser asintomáticos y más tarde presentar complicaciones ulcerosas. (33)

Entre el 43 y el 87% de los pacientes con úlcera péptica sangrante se presentan sin dispepsia previa u otros síntomas gastrointestinales. (33)

En una revisión sistemática realizada en el 2010 se evaluó 30 estudios donde se informó que la prevalencia de los síntomas con Enfermedad Ulcero Péptica en pacientes diagnosticados endoscópicamente fueron: 81% para dolor abdominal, 81% para dolor específicamente de origen epigástrico, 46% para acidez estomacal y regurgitación acida. En promedio el 29% de los pacientes presentaron sangrado, a menudo como síntoma inicial. (34)

La literatura menciona también que los síntomas más característicos de pacientes con Ulcera Péptica es el dolor o malestar abdominal en epigastrio, estando éste presente

en el 80% de pacientes con U.P. que fueron diagnosticados endoscópicamente, (33) estas molestias pueden localizarse en ambos hipocondrios(derecho e izquierdo), así mismo tal dolor podría irradiarse a espalda. El dolor en una úlcera duodenal suele mejorar con la ingestión de alimentos, pero el dolor "clásico" de las úlceras duodenales se produce de dos a cinco horas después de una comida cuando el ácido se secreta en ausencia de un tampón y por la noche (entre las 11 p. M. Y las 2 a.m.) Cuando la estimulación circadiana de la secreción de ácido es máxima, (35) sin embargo el dolor típico de una úlcera de ubicación gástrica es desencadenado por la ingesta de alimentos.

2.2.3.4 Hallazgos endoscópicos.

El diagnóstico de la Enfermedad Ulcero Péptica se establece definitivamente mediante la visualización directa de la úlcera en la endoscopia digestiva alta.

La sensibilidad de la endoscopia superior en la detección de lesiones gastroduodenales es aproximadamente del 90%, pero varía según la ubicación de la úlcera y la experiencia del endoscopista. (33)

En la endoscopia superior, las úlceras gástricas y duodenales benignas tienen bordes lisos, regulares y redondeados, con una base de úlcera plana y lisa a menudo llena de exudado (33). Mientras que en una úlcera que sugiere malignidad se puede evidenciar 1) Masa ulcerada que sobresale en la luz, 2) Los pliegues que rodean el cráter de la úlcera son nodulares, discordantes, fusionados o no llegan al margen de la úlcera, 3) Margen de la Úlcera sobresaliente, irregular y engrosado (33). Por lo tanto, todas las lesiones que sugieran malignidad en una úlcera péptica tienen que ser biopsiadas para el estudio histológico correspondiente, sin embargo, en las lesiones benignas no se recomienda una biopsia de rutina ya que la probabilidad de malignidad es muy baja, pero otros expertos recomiendan tener en cuenta la historia clínica y características demográficas del paciente para la decisión de tomar una biopsia en lesiones benignas.

2.2.3.5 Complicaciones de Úlceras.

Dentro de las complicaciones más frecuentes que se puede encontrar en la Enfermedad Ulcero péptica tenemos las siguientes: Sangrado: Un sangrado se evidencia mediante hematemesis o melena, en casos muy raros los pacientes pueden presentar hemorragias masivas que lleguen a presentar hematoquesia (sangre roja o marrón en la heces) o hipotensión ortostática, hasta el 15% de las UP sangran, teniendo una mortalidad del 4.5-8.5% (36). Otra complicación es la obstrucción de la salida gástrica principalmente

con lesiones ulcerosas ubicadas en la región pilórica o duodenal, los síntomas de retención gástrica incluyen saciedad precoz, hinchazón, indigestión, náuseas, vómitos, anorexia, dolor en epigastrio luego de ingerir alimentos y pérdida de peso. También dentro de las complicaciones de EUP tenemos la Penetración y Fistulización: Las úlceras pépticas pueden penetrar a través de la pared del intestino sin una fuga del contenido a la cavidad peritoneal, el dolor típicamente se vuelve más intenso y de mayor duración con mayor frecuencia en la región torácica o columna lumbar superior. Las fistulas colonicas o dudenocolonicas pueden presentarse con vómitos fecaloideos, diarreas postprandiales, halitosis, y pérdida de peso.

Otras complicaciones poco frecuentes incluyen absceso peri visceral y erosión en estructuras vasculares que conducen a hemorragia exanguinate. (33)

2.2.4 Hemorragias Digestiva Alta.

2.2.4.1 Concepto.

La Hemorragia Digestiva Alta (HDA) es una entidad clínica definida como la pérdida de sangre de causa multifactorial situada en el tracto gastrointestinal en uno o varios puntos situados por encima del ángulo de Treitz.

2.2.4.2 Epidemiología.

La HDA es un problema clínico muy frecuente que implica más de 300 000 hospitalizaciones al año en EEUU. En los países occidentales, la incidencia de HDA es de 100 a 150 casos por 100 000 habitantes al año o de 36 a 100 hospitalizaciones por 100 000 habitantes de la población general, es dos veces más frecuente en la población masculina respecto a la femenina. (37)

El 83% de las hemorragias son Altas siendo la úlcera duodenal la principal causa de HDA con 24.5%, seguida de úlcera gástrica con 19,8% y varices esofágicas con 15%. (37)

Otras revisiones estiman que en el mundo se da un caso por cada 20,000 habitantes. En Estados Unidos, en el transcurso del último año, se otorgaron 30,000 atenciones hospitalarias y generaron 150 ingresos por cada 100,000 habitantes. Otras series refieren que más de 350,000 pacientes son hospitalizados anualmente en Estados Unidos por sangrado del tubo digestivo alto, y 35-45% de los casos son mayores de 65 años. (38)

2.2.4.3 Causas de Hemorragia Digestiva Alta

Es de destacar que la fuente de sangrado no puede identificarse en 10 a 15 por ciento de los pacientes con UGIB, probablemente porque la lesión culpable es difícil de identificar (como una lesión de Dieulafoy), oscurecida por coágulos de sangre retenidos en la endoscopia o porque el culpable lesión curada por el tiempo en que se realizó la endoscopia (39) . La literatura menciona que la mayoría de la HDA (80-90%) son de causa no varicosa siendo la úlcera péptica la patología más frecuente (40-50%). (40)

Las causas más comunes de HDA incluyen lo siguiente (en orden descendente aproximado de frecuencia). (41) (42) (43)

- Úlcera Gástrica y/o Duodenales
- Várices Esofágicas
- Esofagitis Severa o erosiva
- Gastritis/ Duodenitis severa o erosiva
- Gastropatía hipertensiva portal
- Angiodisplasia (ectasia vascular)
- Lesiones en masa (Pólipos / Cáncer)
- Síndrome de Mallory- Weiss
- No se identificó lesión (10 a 15% de pacientes)

Otras causas menos comunes de HDA:

- Lesión de Dieulafov
- Ectasia vascular antral gástrica
- Hemobilia
- Sangrados iatrogénicos después de intervenciones endoscópicas
- Fístula aortoentérica
- Lesiones de Cameron
- Varices ectópicas

2.2.4.4 Presentación Clínica

La Hemorragia Digestiva Alta se manifiesta en la mayoría de ocasiones con hematemesis (Vómito de sangre fresca, coágulos sanguíneos o restos hemáticos oscuros “poso de café”) o deposiciones melénicas (heces de color negro intenso y brillante, blando y muy mal olientes). A su vez la hematoquesia (deposición con sangre pura, roja con o sin coágulos) pueden verse en HDA masivas (al menos 1000ml) generalmente asociadas a un tránsito rápido o por la presencia de hemicolecotomía derecha. (44)

Tampoco es excepcional que un paciente con HDA grave se presente con síncope, disnea antes de producirse la exteriorización hemorrágica. (44)

2.2.4.5 Presentación Endoscópica.

El uso de endoscopia en Hemorragia Digestiva Alta se centra básicamente en identificar la lesión que podría estar causando el sangrado en la vía gastrointestinal alta, además la endoscopia tiene un valor pronóstico y permite aplicar técnicas de hemostasia.

La endoscopia permite identificar la presencia de sangrado activo o de estigmas de sangrado reciente que podría indicar riesgo de recidiva hemorrágica lo que permite seleccionar la terapéutica endoscópica adecuada.

La clasificación de Forrest ha permitido sistematizar los estigmas de hemorragia basada en ciertos parámetros como una lesión con sangrado activo tiene riesgo de persistencia hemorrágica o de recidiva del 80%, cuando se evidencia un vaso visible no sangrante (presencia de elevación con aspecto de pezón, de distintos colores en el fondo de la lesión como rojo, granate, oscura o incluso blanca) el riesgo es del 50%, la probabilidad de recidiva disminuye al 20-30% si se observa un coagulo adherido, a un 5-10% cuando solo se evidencia manchas planas de hematina y a un 1% cuando el fondo de la lesión es limpio. (44)

ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

2.1 **Autor:** Ulloa Muñoz F.

Título: Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la Hemorragia digestiva alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa-2015

Fuente: Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, 2016.

Resumen: Se realizó un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo. La población de estudio estuvo conformada por 61 historias clínicas de pacientes con diagnósticos de HDA. Los resultados encontrados en el estudio fueron: Los pacientes con HDA, como manifestación clínica de mayor frecuencia presentaron melena en el 80.33%, hematemesis 47.57%, vómitos porráceos 24.59%. El 88.89% habían presentado disminución de apetito, 83.44% dolor abdominal, con localización predominante en epigastrio en el 81.9%. El tacto rectal realizado en la quinta parte de los pacientes fue positivo en el 80.00%. Dentro de las características epidemiológicas de la HDA, encontramos al 32.75% de pacientes entre las edades de 60 a 79 años, 24.59% entre 40 y 59 años y al 21.31% entre las edades de 30 a 39 años; predominando el sexo masculino en 63.93%. El mayor consumo de AINES/Salicilatos previos a episodio de HDA fueron ácido acetil salicílico en 34-79%, naproxeno 30.43% y paracetamol más diclofenaco sódico en 17.39%. El 42.6% consumía alcohol y 24.59% tabaco. Sobre los antecedentes patológicos las hemorragias digestivas presentó en el 22.95% y la enfermedad de ácido péptico solo en el 9.84%. Las patologías co-morbidas de mayor presentación fueron la anemia aguda en 78.69%, las gastritis 37.7% y la hipertensión arterial con tratamiento 22.95%. Sobre las características endoscópicas, en el 85.26% se realizó endoscopia diagnóstica, a nivel del estómago predomina con 65.6% la gastropatía erosiva y eritematosa, en el esófago las varices esofágicas en 19.7% y a nivel de duodeno ulcera péptica en el 23.0% de pacientes. El 75.76% de pacientes con ulcera péptica fueron clasificados con Forrest III. (45)

2.2 **Autor:** Velásquez Ccoa JG.

Título: Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012.

Fuente: Tesis para obtener el título profesional de médico cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín, 2013

Resumen: Se realizó un estudio de tipo observacional, retrospectivo y de corte transversal. Se revisaron 164 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de hemorragia digestiva no variceal hospitalizados en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa durante el periodo 2012. La prevalencia de Hemorragia Digestiva Alta no variceal en el servicio de gastroenterología es de 5,67%. Con predominio en el sexo masculino con una relación de 1.3:1. La comorbilidad asociada más frecuente es la gastropatía y/o enfermedad ulcero péptica con una frecuencia de 50,0%. Los síntomas y signos más frecuentes de presentación fueron melena, palidez, hematemesis. El 59,8% presentó hemorragia moderada. La distribución de los diagnósticos endoscópicos en primer lugar se ubica la gastritis erosiva con 62,2%, luego la úlcera duodenal con un 36,6%. Según la clasificación de Forrest, el mayor porcentaje corresponde a la clasificación de Forrest III 56,1%. En lo que respecta al score de Rockall el 50% de los pacientes obtuvo un score de ≤ 2 (score leve), La prevalencia de resangrado en pacientes con hemorragia digestiva alta no variceal es de 26,7%. La mortalidad es de 3,7%. (46)

2.3 **Autor:** Cuba Cazorla R.L.

Título: Gastritis y úlcera gastroduodenal asociada a Helicobacter Pylori: Características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas y anatomopatológicas. Servicio de Gastroenterología del Hospital regional PNP Mayor Julio Pinto Manrique Arequipa Enero-marzo 2013

Fuente: Trabajo de Investigación para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Resumen: Se realizó una revisión documentaria de pacientes con diagnóstico de gastritis y úlcera duodenal y sus reportes endoscópicos e histopatológicos. En el

periodo del primer trimestre del año 2013 se encontraron 98 casos, de los cuales el 48.98% fueron varones y 51.02% mujeres, con edades entre 40 y 69 años (75.51%). Uno de los principales síntomas fue el de “ardencia” (48.98%), distensión abdominal (44.90%), epigastralgia (41.84%) y náuseas (22.45%). Los hallazgos endoscópicos en 75.51% de pacientes fue a gastritis crónica, en 26.53% gastritis erosiva; el 16.33% gastritis nodular; en 3.06% de casos se identificó una úlcera gástrica y en 5.10% de casos úlcera duodenal. En 23.47% de casos no registraron reporte de estudio histopatológico; en el resto predominó la gastritis crónica erosiva (38.67%), gastritis crónica erosiva activa (29.33%), en 22.67% de casos hubo gastritis crónica folicular activa. Se encontró presencia de *H. Pylori* en 41 casos (54.66%), y hubo una asociación significativa ($p < 0.05$) de presencia de *H. Pylori* con las gastritis crónicas foliculares activas. No se encontró asociación de los hallazgos endoscópicos o histopatológicos y los síntomas ($P > 0.05$); es decir, las manifestaciones clínicas pueden darse de manera similar en cualquiera de los cuadros de gastritis o úlcera gastroduodenal. (47)

A nivel nacional

2.4 **Autor:** Mego L, Astrid Estephanye S.

Título: Concordancia endoscópica - anatomopatológica de metaplasia intestinal gástrica en pacientes del Hospital Belén de Trujillo.

Fuente: Acta Méd. Orreguiana Hampi Runa, 2016;16(1): 131-151.

Resumen: Se llevó a cabo un estudio de tipo analítico, correlacional, seccional, transversal. La población de estudio estuvo constituida por 125 pacientes, quienes se dividieron en 2 grupos: con y sin metaplasia intestinal gástrica. Resultados. La frecuencia de hallazgos endoscópicos compatibles con metaplasia intestinal gástrica fue 22%. La frecuencia de hallazgos anatomopatológicos compatibles con metaplasia intestinal gástrica fue 14%. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo, valor predictivo negativo y grado de concordancia de la endoscopia con el diagnóstico anatomopatológico de metaplasia intestinal gástrica fue respectivamente de 83%; 87%; 54%; 96% y 0.58 (Kappa moderada). Se concluye que existe concordancia moderada entre los hallazgos endoscópicos y los hallazgos anatomopatológicos de metaplasia intestinal gástrica. (48)

2.5 **Autor:** Rivas García VS, Ruiz Chamoly SJ, Solis Bolivar WA.

Título: Concordancia entre los hallazgos endoscópicos: metaplasia intestinal, atrofia gástrica, cáncer gástrico y el respectivo estudio anatomopatológico, realizado en un hospital general en el año 2014.

Fuente: Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano. Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2017.

Resumen: El objetivo fue determinar la concordancia entre hallazgos endoscópicos: Metaplasia Intestinal, Atrofia gástrica, Cáncer gástrico y el estudio anatomopatológico respectivo, realizado en un Hospital General el año 2014. Los hallazgos anatomopatológicos se organizaron con su respectiva endoscopia, se creó una base de datos con las variables: Metaplasia intestinal, atrofia gástrica, cáncer gástrico. Estas variables ingresaron a un software estadístico STATA evaluando su concordancia con la prueba kappa. Resultados: De 521 informes anatomopatológicos: Cáncer gástrico: 47, concuerdan 46 (98%), kappa > 0.80, concordancia casi perfecta. Metaplasia intestinal más atrofia gástrica: 247, concuerdan 77 (31%), kappa < 0.40, ligera concordancia. Metaplasia intestinal: 134, concuerdan 16 (12%), kappa < 0.2, ligera concordancia. Atrofia gástrica: 93, concuerdan 16 (17%), kappa < 0.0, pobre concordancia. Se concluye que respecto a cáncer gástrico existe una concordancia casi perfecta; pero en metaplasia intestinal y atrofia gástrica, analizados tienen concordancia ligera. (49)

A nivel internacional

2.6 **Autor:** Sánchez Baño AG.

Título: Correlación entre el diagnóstico clínico de las enfermedades digestivas altas más frecuentes vs endoscopia digestiva alta e histopatológico en el Hospital Iess Ambato.

Fuente: Tesis de médico cirujano, Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Los Andes - Ambato, Ecuador 2014

Resumen: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo – interpretativo, transversal, aleatorio, en 156 pacientes diagnosticados de enfermedad digestiva alta por médicos residentes y tratantes del servicio de Gastroenterología del Hospital IESS Ambato, dichos pacientes fueron sometidos a endoscopia digestiva alta e

histopatología, para su confirmación diagnóstica, el rango de edad fue entre los 18 – 78 años, género femenino y masculino. La correlación del diagnóstico clínico por médicos residentes y tratantes vs diagnóstico endoscópico es pobre. La correlación entre el diagnóstico endoscópico vs histopatológico varía entre pobre, débil, moderado según la tabla de valoración estadística del Índice Kappa de Cohen. (50)

2.7 **Autor:** Rocha N, Huertas S, Albis R, Aponte D, Sabbagh LC.

Título: Correlación de los hallazgos endoscópicos e histológicos en el diagnóstico de metaplasia intestinal gástrica en pacientes referidos para endoscopia digestiva alta en la Clínica Colombia.

Fuente: Rev Col Gastroenterol, 2012, 27 (4): 263-268

Resumen: Estudio observacional analítico, realizado en la Clínica Colombia donde se incluyeron pacientes con sospecha endoscópica de metaplasia intestinal, excluyendo pacientes con antecedente previo de metaplasia y con cáncer gástrico previo. Se identificaron un total de 766 pacientes con sospecha endoscópica de metaplasia intestinal. En 543 de ellos se encontró confirmación histológica equivalente a un 70% del total de la muestra. Los hallazgos histológicos más frecuentes en el grupo en el que no se encontró correlación fueron gastritis crónica, gastropatía reactiva e hiperplasia foveolar entre otros. El valor predictivo positivo de los hallazgos endoscópicos fue cercano al 71%. (51)

3 **Objetivos.**

3.1 **General**

Establecer la concordancia entre el diagnóstico Clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y Diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2017.

3.2 **Específicos**

- 1) Identificar los diagnósticos Clínicos preendoscópicos de pacientes que acuden al Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa para realización de endoscopia digestiva alta durante el 2017.
- 2) Identificar los diagnósticos de la endoscopia digestiva alta en pacientes sometidos al estudio en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa durante el 2017.
- 3) Identificar la zona del tubo digestivo donde se encuentra con mayor frecuencia los hallazgos endoscópicos.
- 4) Identificar las características epidemiológicas de edad y grupo etario de los pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa durante el 2017
- 5) Establecer la concordancia entre el diagnóstico Clínico preendoscópico de las enfermedades más frecuentes y Diagnóstico de la endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa, 2017.

4 **Hipótesis.**

Dado que las manifestaciones clínicas de las patologías digestivas altas son heterogéneas y comunes a diferentes trastornos, es probable que la concordancia entre el diagnóstico Clínico preendoscópico y el hallazgo de la endoscopia digestiva alta sea mínima.

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la revisión documentaria.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

2. Campo de verificación.

2.5. Ubicación espacial: La presente investigación se realizará en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.6. Ubicación temporal: El estudio se realizará en forma histórica durante el periodo comprendido entre enero a diciembre del 2017.

2.7. Unidades de estudio: Informes de endoscopia digestiva alta de pacientes atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa.

2.8. Población: Todos los reportes de endoscopia digestiva alta, considerando los criterios de inclusión y exclusión de pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el Servicio de Gastroenterología del Hospital III Goyeneche de Arequipa en el periodo de Enero a Diciembre del 2017.

Criterios de selección:

♦ **Criterios de Inclusión**

- Pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en el periodo de Enero a Diciembre del 2017.
- De ambos sexos.
- Mayores de 18 años.

♦ **Criterios de Exclusión**

- Pacientes sin informe de endoscopia Alta.
- Endoscopías de control.

- Pacientes que fueron sometidos exclusivamente a un proceso terapéutico endoscópico.
- Pacientes con informe de endoscopia alta incompletos.
- Pacientes con informe de endoscopia alta ilegibles.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.5. Organización

Se realizarán coordinaciones con la Dirección del Hospital Goyeneche y la jefatura del Servicio de Gastroenterología para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se revisarán los informes de endoscopia digestiva alta realizados en el Servicio de Gastroenterología en el periodo de estudio, para verificar que cumplan los criterios de selección. Todas las endoscopías fueron realizadas con el endoscopio marca Fujinon, system 2500 procesor, con pantalla Radiance. Se recogerán las variables de interés en una ficha de recolección de datos.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.6. Recursos

d) Humanos

- Investigador
- Asesor.

e) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

f) Financieros

- Autofinanciado

3.7. Validación de los instrumentos

No se requiere de validación por ser un instrumento para recolectar información

3.8. Criterios para manejo de resultados

f) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en las fichas de investigación serán luego codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

g) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribirán los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz se diseñará en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010).

h) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

i) Plan de Recuento.

El recuento de los datos será electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

j) Plan de análisis

Se empleará estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas), medidas de tendencia central (promedio), las variables categóricas se presentarán como proporciones. La comparación de variables categóricas entre grupos se realizará mediante el cálculo del chi cuadrado; el grado de concordancia se establecerá mediante el Coeficiente Kappa de Cohen. Para el análisis de datos se empleará la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete IBM SPSS Statistics v.23.0.

III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Noviembre 17				Diciembre 17				Enero 18			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 01 de Noviembre 2017

Fecha probable de término: 30 de Enero 2018



Bibliografía

1. Hernández Gancés HR. Manual de endoscopia digestiva superior diagnostica La Habana: Ciencias Medicas; 2008.
2. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. [Online].; 2001 [cited 2018 2018 13 de enero. Available from: <http://dle.rae.es/?id=FEMDKCT>.
3. De la Torre Bravo A. Asociacion mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. [Online]. [cited 2018 2018 14 Febrero. Available from: <http://www.amegendoscopia.org.mx/index.php/ameg/historia/145-historia-de-la-endoscopia>.
4. Modiin I, Kidd M, Lye K. From the lumen to the laparoscope. Pub Med. 2004 Octubre; 139(10).
5. Rodríguez Martínez YG, Martínez Hernández R, Labañino Villarejo A. Desarrollo Historico de la Endoscopia Gastrointestinal. 16 de Abril. 2012 Julio.
6. Spaner S, Warnock G. A Brief History of Endoscopy, Laparoscopy and Laparoscopic Surgery. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 1997 Julio; 6: p. 9-73.
7. De Lourdes González Avalosa MG, Linares Segovia B, Ramírez Barbab ÉJ, Salcedo Gómeza J, Flores Calleja HEE. Indicaciones para esofagogastroduodenoscopia. Utilidad de las guías de la Sociedad Americana de. Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. 2015 Diciembre; 27: p. 156-161.
8. Appropriate use of gastrointestinal endoscopy. Society for Gastrointestinal Endoscopy. 2000; 52: p. 1127-31.
9. Gonzalez Castillo S, Vega Villaamil P, López M. Complicaciones de la Endoscopia Digestiva Alta. Fundacion Española de Endoscopia Digestiva. 2008 Noviembre.
10. Benjamin SB. The risks associated with GI endoscopy: how much do we really know? Gastrointest Endosc. 2007 Abril; 17(2): p. 405-432.
11. A Olmos J, Piskorz MM, F Vela M. Revisión sobre Enfermedad por Reflujo

- Gastroesofágico. Acta Gastroenterologica Latinoamericana. 2016 Julio-Setiembre; 46(2): p. 160-172.
12. Vakil N, Sander V. vZ, Kahrilas , Dent , Jones R, Global Consensus Group. The Montreal Definition and Classification of Gastroesophageal Reflux Disease: A Global Evidence-Based Consensus. American Journal of Gastroenterology. 2006 Agosto; 101(8): p. 1900-20.
 13. Dent J, El-Serag HB, Wallander MA, Johansso S. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease. A systematic review. 2005 Mayo 710-717; 54(5).
 14. Salis G. Revisión sistemática: epidemiología de la enfermedad por reflujo gastroesofágico en Latinoamérica. Acta Gastroenterologia Latinoamericana. 2011; 41: p. 60-69.
 15. Cubas Benavides , León Jiménez F. Prevalencia de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y su repercusión en la calidad de vida de la población general adulta del distrito de Chiclayo. Sociedad Peru Med Interna. 2010; 23(4): p. 133-139.
 16. Gerson LB , Kahrilas PJ , Fass R. Insights into gastroesophageal reflux disease-associated dyspeptic symptoms. Clin Gastroenterol Hepatol. 2011 Octubre; 9(10): p. 824-833.
 17. Torres F G. Asumir Editorial. [Online].; 2011 [cited 2018 febrero 18. Available from: <http://asumyreditorial.blogspot.pe/2011/06/pacientes-con-reflujo-sufren-de.html>.
 18. J Jensen P, Feldman M. UptoDate. [Online].; 2017 [cited 2018 febrero 18. Available from: https://www.uptodate.com/contents/classification-and-diagnosis-of-gastritis-and-gastropathy?search=gastritis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_ttype=default&display_rank=1.
 19. Valdivia Roldán M. Gastritis y Gastropatías. Revista de gastroenterología del Perú. 2011 Enero-Marzo; 31(1): p. 38-48.
 20. Farreras Rozman. Medicina Interna. In Gastritis y gastropatía. Decimo sexta ed.; 2009. p. 144-147.
 21. Zambada Senties CA, Irineo CAbrales AB. Gastritis y Gastropatias: Una nuva propuesta para su clasificación. Boletín Médico - Facultad de Medicina UAS. 2006 Mayo-Junio; 2(13): p. 31-35.

22. Ministerio de Salud de Perú. [Online].; 2016 [cited 2018 Febrero 20. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=17185>.
23. Sierra Munro RM, Rodríguez Magallán A, Manrique MA. Correlación Endoscópica-Histológica de gastritis crónica. Hospital Juárez de Mexico. 2001; 76(4): p. 181-185.
24. Leon Barúa R. Génesis de la patología gastroduodenal asociada a infección por Helicobacter pylori y su modulación por factores geográficos y socioeconómico. Primera Edición ed. En Bussalleu A RATM, editor.; 2008.
25. Vakil NB. UptoDate. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 19. Available from: https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=enfermedad%20ulcero%20peptica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
26. Harrison Principios de Medicina Interna. 18th ed.: McGraw - Hill Interamericana; 2012.
27. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, Adamns E, Cronin K, Goodman C, et al. The burden of selected digestive diseases in the United States. US National Library of Medicine. 2002 Mayo; 122(5): p. 1500-11.
28. Vakil NB. UptoDate. [Online].; 2017 [cited 2018 Febrero 19. Available from: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-etiology-of-peptic-ulcer-disease?source=see_link.
29. Raña Garibay R, Villanueva Carreto MdlÁ, Avendaño Reyes M, Nogueira de Rojas JR, Jiménez Córdoba R. Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por úlcera péptica. Generalidades. Revista de Gastroenterología de Mexico. 2009 Abril; 74(2): p. 144-8.
30. Ramírez Ramos , Watanabe Yamamoto J, Takano Morón J, Gilman R, Recavarren Arce , Arias-Stella , et al. Decrease in prevalence of peptic ulcer and. Acta Gastroenterología Latinoamericana gastric adenocarcinoma at the Policlínico Peruano Japonés, Lima, Peru, between the years 1985 and 2002. Analysis of 31,446 patients. 2006 Setiembre; 36(3): p. 139-146.
31. Montes Teves P, Salazar Ventura , Monge Salgado E. Cambios en la Epidemiología de la Úlcera Péptica y su Relación con la Infección con

- Helicobacter Pylori.Hospital Daniel Carrion 2000-2005. Revista Gastroenterolgia Perú. 2007; 27: p. 382-388.
32. Lu CL, Chang SS, Wang SS, Chang FY, Lee SD. Silent peptic ulcer disease: frequency, factors leading to "silence," and implications regarding the pathogenesis of visceral symptoms. Gastrointestina Endoscopy. 2004 Julio; 60(1): p. 34-8.
 33. Vakil B. UptoDate. [Online].; 2017 [cited 2018 febrero 20. Available from: https://www.uptodate.com/contents/peptic-ulcer-disease-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=enfermedad%20ulcero%20peptica&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2.
 34. Barkun A, Leontiadis G. Systematic review of the symptom burden, quality of life impairment and costs associated with peptic ulcer disease. 2010 Abril; 123(4): p. 358-66.
 35. Yap I I, Yap I, Guan R, Tay HH. Acid perfusion of duodenal ulcer craters and ulcer pain: a controlled double blind study. 1986 Agosto; 27(8): p. 942-5.
 36. Coste Murillo P, Hernández de Mezerville V. Actualización de enfermedad acido péptica. Revista Clinica de la Escuela de Medicina UCR - HSJD. 2015 Febrero; 5(1): p. 11-18.
 37. Ichyanagui Rodríguez CE. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. Acta Médica Peruana. 2006 Setiembre- Diciembre; 23(3).
 38. De la Cruz Guillén AA, Sánchez Espinosa. Presentación sindromática del sangrado digestivo alto variceal y no variceal en el servicio de Urgencias de un hospital público de segundo nivel del estado de Chiapas. Análisis descriptivo y comparativo con la prevalencia nacional. Medicina Interna Mexico. 2013 Setiembre-Octubre; 29(5): p. 449-457.
 39. Don C Rockey DC. UptoDate. [Online].; 2016 [cited 2018 Febrero 20. Available from: https://www.uptodate.com/contents/causes-of-upper-gastrointestinal-bleeding-in-adults?source=see_link.
 40. Abreu Jarrín , Ramos Tirado S, Trejo Muñoz , Cintado Tortoló. Revista Medica Electronica. [Online].; 2013 [cited 2018 Febrero 25. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242013000200005.
 41. Boonpongmanee S, Fleischerxi DE, Pezzullo JC, Collier K, Mayoral W, Al Kawas

- F, et al. The frequency of peptic ulcer as a cause of upper-GI bleeding is exaggerated. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2004 Junio; 59(7): p. 788-94.
42. Balderas V, Bhore R, Lara LF, Spesivtseva J, Rockey DC. The hematocrit level in upper gastrointestinal hemorrhage: safety of endoscopy and outcomes. *Am J Medicine*. 1011 Octubre; 24(10): p. 970-6.
43. Wollenman CS, Chason R, Reisch JS, Rockey DC. Impact of ethnicity in upper gastrointestinal hemorrhage. *J Clinic Gastroenterology*. 2014 Abril; 48(4): p. 343-50.
44. Villanueva Sánchez , García Pagán JC, Hervás Molina. Hemorragia Gastrointestinal. *Práctica Clínica en Gastroenterología y Hepatología*. .
45. Ulloa Muñoz F. Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta en el Hospital III Goyeneche Arequipa- 2015. Repositorio tesis UCSM. 2016 Marzo.
46. Velásquez Ccoa JG. Características clínicas, epidemiológicas y endoscópicas de la hemorragia digestiva alta no variceal en el servicio de gastroenterología del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa 2012. 2013.
47. Cuba Cazorla L. Gastritis y úlcera gastroduodenal asociada a helicobacter pylori: características epidemiológicas, clínicas, endoscópicas y anatomopatológicas. Servicio de gastroenterología del hospital regional PNP mayor Julio Pinto Manrique Arequipa Enero - Marzo 2013. 2014 Marzo.
48. Mego L, Astrid Estephanye S. Concordancia endoscópica anatomopatológica de metaplasia intestinal gástrica en pacientes del Hospital Belén de Trujillo. Repositorio Uniiversidad Privada Antenor Orrego. 2016 Diciembre.
49. Rivas García VS, Ruiz Chamoly J, Solis Bolivar A. Concordancia entre los hallazgos endoscópicos: metaplasia intestinal, atrofia gástrica, cáncer gástrico y el respectivo estudio anatomopatológico, realizado en un hospital general en el año 2014. Repositorio Universidad Peruano Cayetano Heredia. 2017.
50. Sánchez Baño AG. Correlación entre el diagnóstico clínico de las enfermedades digestivas altas más frecuentes vs endoscopia digestiva alta e histopatológico en el Hospital Iess Ambato. Repositorio Instritucional UNIANDES. 2014 Diciembre.
51. Rocha N, Huertas S, Albis R, Aponte D, Sabbagh LC. Correlación de los hallazgos endoscópicos e histológicos en el diagnóstico de metaplasia intestinal gástrica en pacientes referidos para endoscopia digestiva alta en la Clínica Colombia. *Revista Colombiana Gastroenterología*. 2012; 27(4): p. 263-268.

ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha N°/ H CI _____

Edad: ____ años

Sexo : Varón

Mujer

Diagnóstico clínico Preenoscopico:

Diagnostico Endoscopico.

Ubicación de la lesión:

Esófago

Estómago

Fondo

Cuerpo

Incisura

Antro

Duodeno:

Bulbo

Segunda porción

Otro

Observaciones:

.....