

11226

131

2 es.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION CIUDAD JUAREZ.

"DIAGNOSTICOS NOSOLOGICOS EN EL SINDROME DE DISPEPSIA CRONICA, EN
PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO"

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en medicina familiar, presenta:

MA EUGENIA NORIEGA ORTEGA

CD, JUAREZ CHIHUAHUA , 1998

265220

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

"DIAGNOSTICOS NOSOLOGICOS EN EL SINDROME DE DISPEPSIA CRONICA, EN
PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO"

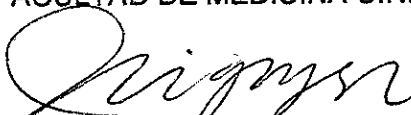
Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar


Presenta:

MA EUGENIA NORIEGA ORTEGA

AUTORIZACIONES

~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.~~


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACION DE INVESTIGACION
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**“DIAGNOSTICOS NOSOLOGICOS EN EL SINDROME DE DISPEPSIA CRONICA, EN
PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO”**

Trabajo que para obtener el diploma de especialista en Medicina Familiar

presenta:

MA EUGENIA NORIEGA ORTEGA

~~DR. CIPRIANO CUAUHTEMOC PIÑA ASSAF~~
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION CIUDAD JUAREZ**

DR. RAUL GARCIA AGOSTA
~~DR. CIPRIANO CUAUHTEMOC PIÑA ASSAF~~
**ASESORES DE TESIS
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION CIUDAD JUAREZ**

~~DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES~~
**ASESOR DE TESIS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.**

INDICE GENERAL

	PAGINA
MARCO TEORICO	4
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACION	12
OBJETIVOS	13
METODOLOGIA	14
TIPO DE ESTUDIO	14
POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO	14
TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA	14
CRITERIOS DE SELECCION	14
CRITERIOS DE INCLUSION	14
CRITERIOS DE EXCLUSION	15
CRITERIOS DE ELIMINACION	15
INFORMACION A RECOLECTAR. VARIABLES A RECOLECTAR	15
METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR INFORMACION	16
CONSIDERACIONES ETICAS	17
RESULTADOS	18
DISCUSION	36
CONCLUSIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
ANEXOS	42

MARCO TEORICO

La dispepsia esta asociada a una gran variedad de alteraciones esofagogastroduodenales, las causas mas frecuentes son la esofagitis, gastritis, ulceras péptica y duodenal, alteraciones de las vías biliares, carcinoma de esófago, estomago, páncreas y colon, además de la ingesta de medicamentos antiinflamatorios y el abuso del alcohol (1). Por tal motivo, se han incrementado los costos de manejo de la dispepsia, con el uso indiscriminado de medicamentos para su tratamiento, como son los H2 receptores antagonistas y los inhibidores de bomba de protones.

La dispepsia es un termino usado para describir pacientes con síntomas que se presentan en la parte alta del tracto esofagogastrointestinal, que persisten por más de tres meses, en la cual el síntoma principal es el ardor y dolor en epigastrio, así como alteraciones de la motilidad (2).

En la mayoría de los casos de dispepsia no se determina la causa, solo el 10% se manejan en primer nivel, y de estos, solo el 22% son referidos a una evaluación por el segundo nivel de atención. Los ancianos son los pacientes que mas consultan al medico familiar, que los jóvenes, y esto puede ser debido al riesgo de contraer un cáncer (3).

Este conjunto de padecimientos es común en la población, en un estudio de 1000 pacientes con dispepsia, endoscópicamente reveló que el 38% presenta una anomalía microscópica (4).

En otros estudios se han encontrado que la dispepsia, es más frecuente en hombres, que en mujeres, y que ocurre con similar frecuencia en ambos sexos, después de los 60 años de edad, pero es menos común en este grupo de edad. La úlcera péptica se encontró con mas frecuentemente en hombres mayores de 40 años y en mujeres mayores de 50 años, y en una tercera parte de los ancianos (5), (6), (7).

Otro dato importante que se ha encontrado en la literatura es la relación que existe entre la dispepsia y *Helicobacter pylori*, ya que aproximadamente, en el 50% de los pacientes con este padecimiento, se ha demostrado como agente causal (8).

Finalmente, la dispepsia tiene un impacto económico en la condición de vida ya que los pacientes reciben una variedad de terapias costosas y empíricas (9).

La dispepsia es un problema frecuente y puede resultar difícil y costoso establecer el diagnostico específico. Se entiende por dispepsia el dolor o molestia en la región superior del abdomen; a menudo se asocia con sensación de plenitud, eructos, distensión abdominal, pirosis, intolerancia a los alimentos, náuseas o vómito.

Tiene una incidencia anual del 1-2% entre la población general; su prevalencia puede alcanzar el 20-40%. Las causas mas importantes son la Dispepsia no ulcerosa, la Enfermedad ulcerosa péptica, la Enfermedad por reflujo gastroesofágico, la Colitis y la Colelitiasis, y las 4 primeras causas son responsables del 90% de todas las dispepsias.

Otras causas menos frecuentes son el colon irritable, el cáncer gástrico o esofágico, la pancreatitis, el cáncer de páncreas, el síndrome de Zollinger-Ellison y la angina abdominal. Los pacientes que solicitan asistencia médica por dispepsia crónica suelen estar más preocupados por la gravedad del síntoma, la posibilidad de un cáncer o de una cardiopatía y experimentan mayor estrés que los individuos que no solicitan asistencia médica por este problema.(10)

Ningún síntoma aislado permite distinguir las diversas causas de dispepsia, pero algunas características del paciente son predictivas de enfermedad grave. La edad superior a los 50 años, el sexo masculino, los antecedentes de consumo de tabaco y un antecedente de enfermedad ulcerosa péptica o de hernia hiatal se asocian a carcinoma gástrico, úlceras y estenosis esofágica. En diversos estudios, el dolor que aparece en la primera hora tras la comida, el alivio del dolor con la ingestión de leche o alimentos, los vómitos y la persistencia del dolor durante más de 6 horas suelen aparecer con mayor frecuencia en los pacientes cuyo dolor es de origen orgánico. Como síntomas aislados, el dolor nocturno, el alivio del dolor con antiácidos, el empeoramiento del mismo con los alimentos, anorexia, las náuseas y la intolerancia a los alimentos no permiten diferenciar las causas de dispepsia.

Un estudio ha confirmado la marcada superposición de los síntomas descritos por pacientes con y sin confirmación endoscópica del diagnóstico. Con las posibles excepciones de la enfermedad ulcerosa péptica y de la duodenitis, no hubo asociación de valor clínico entre los hallazgos endoscópicos y los síntomas dispepticos. Como resumen los complejos sintomáticos suelen ser más útiles para guiar las evaluaciones de los pacientes.(11)

Si el dolor es persistente o recidivante, es necesario realizar una evaluación más detallada, bien mediante endoscopia digestiva alta o mediante una serie esofagoduodenal. Aunque la serie esofagoduodenal es menos costosa y suele estar más fácilmente disponible como método diagnóstico, tiene un índice de falsos negativos que supera el 18% en algunos estudios y un índice de falsos positivos del 13-35%. Además la serie esofagoduodenal es poco útil para el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico y de gastritis, dos de las causas más comunes de dispepsia.

La endoscopia digestiva alta tiene unos índices de falsos positivos y falsos negativos más bajos y permite realizar biopsias. Una serie esofagoduodenal negativa no excluye la presencia de enfermedad y, si está indicado, debe seguirse de una posterior evaluación mediante endoscopia digestiva alta. Las indicaciones de esta última recomendadas por el American College of Physicians son :1) persistencia de los síntomas tras 6-8 semanas de tratamiento; 2) ausencia de respuesta al tratamiento después de 7-10 días ; 3) signos de complicaciones de enfermedad péptica; 4) signos de afectación sistémica y 5) recidiva de los síntomas.(12)

Johnsen et al (11) demostró que, en pacientes que visitaron a su médico familiar por una dispepsia crónica, los signos y síntomas no son diagnosticados por endoscopia o histología. En base a los signos y síntomas, los médicos familiares deben decidir cuando a los pacientes deben practicárseles endoscopia o iniciar con un tratamiento médico común.(13) La importancia de esta decisión será lo que marque el costo-beneficio, no sólo del paciente sino de la institución médica que los maneja.

HERNIA HIATAL

Es un padecimiento frecuente que puede cursar sin sintomatología o con síntomas que dependen fundamentalmente de la insuficiencia del esfínter esofágico.

La hernia del hiato esofágico o esofagogastrica es aquella en la cual parte o la totalidad del

estomago pasan a través del hiato esofagico. Su frecuencia en los enfermos con síntomas digestivos que se estudian radiológicamente, varia del 2-4 %. Un estudio realizado en 3,448 enfermos sin síntomas gástricos, sujetos a estudio radiológico de la parte alta del tubo digestivo se encontró que la hernia diafragmatica ocupaba el segundo lugar en frecuencia después de la úlcera duodenal. En otro estudio realizado en 900 pacientes con síntomas digestivos, encontraron radiologicamente hernia hiatal entre el 12-50 % de los pacientes adultos con síntomas esofago-gastricos. Es mas frecuente en el hombre que en la mujer en relación 1.5:1.

La hernia hiatal se clasifica en dos grupos: 1) Hernia esofagogastrica directa o por deslizamiento y 2) Hernia para esofagica por enrollamiento,; desde luego la primera es mas frecuente en términos generales, que comprenden el 90% de las hernias y el otro 10% esta comprendido por las paraesofagicas y las de gran tamaño con esa localización.

El desarrollo de las hernias hiatales, así como en las hernias de otras partes del cuerpo del organismo, intervienen por una parte, factores congénitos, es decir, la debilidad o laxitud de los tejidos que va aumentando con la edad, y por la otra, un factor precipitante o causal que implica aumento de la presión intra abdominal como : el embarazo, la constipacion y meteorismo, el ejercicio fisico violento, los traumatismos intensos del tórax o abdomen, la tos, el vomito, el megacolon, la ascitis y las fajas apretadas, e intervenciones quirúrgicas a nivel del hiato. Todos estos factores se encuentran favorecidos por la obesidad, situación en la cual aumenta la cantidad de tejido adiposo pre-peritoneal e epiplones. Esto hace que los orificios naturales de la pared abdominal y los herniarios sean mas amplios en los obesos.

Las hernias hiatales diafragmaticas pueden existir sin manifestaciones clínicas o estas pueden presentarse esporádicamente ya que se puede afirmar que cerca del 50% de las personas adultas la tienen.

Los síntomas dependen de la insuficiencia del esfínter esofagico inferior mas que de la localización del cardias por arriba del diafragma. Las principales manifestaciones clínicas de las hernias hiatales esofagico con insuficiencia del esfínter esofagico inferior son la pirosis que se presenta en el 30% así como un 70% de las regurgitaciones. Puede presentar dolor en forma de ardor, sensación de plenitud, u opresión, generalmente retroesternal bajo epigastrio. La disfagia implica generalmente estenosis debida a esofagitis péptica por reflujo.

La esofagitis péptica es la principal complicación de la hernia hiatal sintomática. La ulcera péptica esofagica es otra de las complicaciones, cuando hay esofagitis de repetición.

ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFAGICO (ERGE)

La enfermedad por reflujo gastroesofagico es un trastorno común. Aproximadamente el 10% de la población general refiere padecer pirosis diariamente y un 15-40% la experimentan mensualmente. La enfermedad por reflujo gastroesofagico surge de la exposición de la región inferior del esófago al ácido gástrico, la pepsina o los ácidos biliares. Diversos factores pueden causar enfermedad de reflujo gastroesofagico; entre ellos se encuentra la hernia hiatal, la incompetencia Del esfínter esofágico inferior o su relajación inadecuada, las alteraciones del peristaltismo esofágico y del aclaramiento del ácido, las alteraciones del vaciamiento gástrico y los vómitos de repetición. La exposición a un exceso de ácido o pepsina puede lesionar la mucosa esofagica, produciendo inflamación, y, por ultimo, cicatrización y desarrollo de estenosis.

El síntoma más fiable de la enfermedad por reflujo GE es la pirosis, una sensación de ardor de localización retroesternal que puede irradiar desde epigastrio a la garganta. Los pacientes pueden presentar también regurgitación de material de sabor amargo a la boca. La ERGE puede causar problemas respiratorios tales como laringitis, tos crónica, neumonía por aspiración y sibilancias. La endoscopia digestiva alta es la prueba diagnóstica de primera elección. La presencia de hernia hiatal no equivale a un diagnóstico de ERGE. No todos los pacientes con hernia tienen reflujo, ni todos los pacientes con ERGE tienen hernia hiatal. Aproximadamente el 50% de la población tiene hernia hiatal, pero la mayoría no tiene síntomas de reflujo.(14)

ULCERA PEPTICA

Las úlceras pépticas pueden afectar a cualquier segmento del tracto gastrointestinal superior, pero se encuentran con mayor frecuencia en el estómago y duodeno. Las úlceras duodenales son aproximadamente tres veces más frecuentes que las úlceras gástricas, y quizá el 10% de la población las padece en algún momento de su vida. (15)

La enfermedad ulcerosa péptica debe ser considerada una enfermedad crónica, marcada por periodos de cicatrización y periodos de recidiva. Las úlceras se originan cuando los llamados factores agresivos (ácidos y pepsinas proteolíticas) superan los factores defensivos del tracto gastrointestinal (prostaglandinas y moco gástrico que contiene iones bicarbonato).

El dolor epigástrico es el síntoma más frecuente tanto de la úlcera duodenal como de la gástrica. El dolor puede ser descrito como punzante, urente, terebrante, sordo o como intensos dolores de hambre. Los pacientes con úlceras duodenales experimentan típicamente dolor en el transcurso de las primeras horas después de las comidas y este se alivia parcial o totalmente con la ingestión de alimentos o antiácidos. El dolor en los pacientes con úlcera gástrica es más variable; incluso puede empeorar con las comidas. Tanto las úlceras duodenales como las gástricas pueden existir y recidivar en ausencia de dolor. El dolor varía de unos pacientes a otros en ambos tipos de úlceras y su correlación con la curación de la úlcera es escasa.

Las úlceras duodenales y gástricas pueden ser diagnosticadas con fiabilidad mediante serie esofago-gastro-duodenal cuando se utilizan técnicas de doble contraste. Además se puede considerar la realización de una endoscopia en los pacientes con estudios radiológicos negativos, aquellos con bulbos duodenales deformados y en los que presenten hemorragia digestiva.(14) (15). La endoscopia se realiza más a menudo en presencia de úlceras gástricas dada la posibilidad de cáncer gástrico. Los estudios radiológicos de contraste que muestran úlceras gástricas sin pliegues mucosos irradiados y las que tienen más de 3 cm de diámetro tienen mayor probabilidad de ser malignas.

La gastritis crónica antral se ha demostrado en casi el 100% de los pacientes que tienen úlcera duodenal. El *Helicobacter pylori* se ha aislado del antro gástrico en casi el 100% de los casos de úlcera duodenal, su presencia está íntimamente relacionada con la lesión gástrica crónica que se asocia a la enfermedad ulcerosa duodenal.(16)

La enfermedad ulcerosa duodenal es obviamente un suceso multifactorial, además de la gastroduodenitis microbiana, hay otras muchas alteraciones como la secreción de ácido y pepsina, el tabaquismo y otros factores genéticos y ambientales que intervienen para su

desarrollo . La interacción de estos factores de riesgo pueden explicar porque algunos individuos infectados con la bacteria desarrollan úlcera y otros no.(17)

Aproximadamente el 50% de los pacientes con Dispepsia crónica tienen una infección por *Helicobacter pylori*, en países industrializados, aunque la prevalencia del microorganismo en personas sintomáticas en la comunidad alcanza niveles similares.(18)

El descubrimiento de la bacteria *Helicobacter pylori*, y su papel en las enfermedades gastroduodenales han abierto la posibilidad de curar la úlcera péptica y prevenir su presencia (1-3).(19). El costo-beneficio en relación con el diagnóstico de *Helicobacter pylori* en pacientes con dispepsia crónica es influenciada primeramente por la respuesta de la erradicación de la bacteria y la prevención de la dispepsia no ulcerativa y en segundo lugar por el beneficio monetario de la prevención de las úlceras. La introducción de la terapia con antibióticos ha reducido marcadamente el costo que implica el diagnóstico y tratamiento de las úlceras pépticas.(20)

GASTRITIS

La gastritis o inflamación de la mucosa gástrica es un conjunto de trastornos que generalmente se pueden dividir en formas aguda y crónica.(15)

La gastritis erosiva aguda es frecuente en enfermedades graves como la sepsis y los traumatismos, así como en el postoperatorio, y como consecuencia de la administración de alcohol o de ciertos fármacos (aspirina y otros AINES). Los síntomas varían desde la anorexia, náuseas y vómito hasta hematemesis y melenas. El dolor es mucho menos frecuente que en la enfermedad ulcerosa péptica. La mayor parte de los pacientes están asintomáticos a menos que la pérdida de sangre sea considerable. Los síntomas de presentación pueden ser signos propios de la hemorragia masiva o de pérdidas crónicas. La afectación gástrica varía desde únicamente el antro a la totalidad del estomago. Con frecuencia se aísla *Helicobacter pylori*. (14)

CANCER GASTRICO

La incidencia de cáncer gástrico ha disminuido significativamente a lo largo de los últimos 60 años. El 90% de estos tumores son adenocarcinomas y el resto son linfomas no Hodgkin y leiomiomas. Entre los posibles factores etiológicos están la ingestión de comidas ricas en nitratos, la gastritis atrofica y la disminución de la acidez gástrica. Las lesiones neoplásicas gástricas precoces suelen ser asintomáticas. A medida que aumentan de tamaño, los pacientes pueden presentar anorexia o saciedad precoz, molestias vagas o dolor constante, también pueden existir pérdida de peso, náuseas, vómito y disfagia.

Los estudios radiológicos con doble contraste pueden detectar por lo general la presencia de cáncer gástrico. Sin embargo si se encuentra una úlcera de aspecto benigno, es necesario realizar estudios adicionales. Muchos autores recomiendan la endoscopia con biopsia y cito cepillado, pero otros consideran que el seguimiento de la cicatrización de la úlcera se debe realizar con radiografía. Se supone que se trata de úlceras benignas si se demuestra algún grado de cicatrización a las 6 semanas. La cicatrización completa debe ocurrir en 12 semanas. Si no se ha producido ningún grado de cicatrización a las 6 semanas se sospechara un cáncer gástrico y se obtendrán biopsias y citología.(21)

Un enfoque alternativo es recomendar la endoscopia con biopsia para todos los pacientes con úlceras gástricas mayores de 50 años, dado que la incidencia de cáncer gástrico alcanza su cifra máxima durante la sexta década.

COLON IRRITABLE

La incidencia de la dispepsia crónica se incrementa con la edad; la dispepsia crónica y el colon espástico, que es otra de las enfermedades gastrointestinales con el cual están relacionados los síntomas antes descritos, son la causa más frecuente en la consulta clínica. El colon irritable es considerado frecuente como causa de dolor abdominal (más de 6 veces al año), por lo que estos pacientes no están excluidos de la categoría de dispepsia crónica.(22)

La definición de síndrome de colon irritable es cuando se presentan los siguientes síntomas: pérdida del apetito, episodios de reflujo, pirosis, dolor, náuseas, vómito, sensación de plenitud gástrica, distensión abdominal, dolor en la defecación, sensación de defecación incompleta, flatulencia, etc., combinado con dolor en cualquier parte del abdomen.(23)

CALCULOS BILIARES

Otra enfermedad que se relaciona con la dispepsia crónica son los cálculos biliares, muchos de los cuales son asintomáticos. Entre los extremos de cálculos biliares silenciosos y otras complicaciones como colicistitis dan síntomas que comúnmente son referidos como dispepsia, originado primero por su cercanía con el tracto digestivo alto y después por las características de los signos y síntomas. Estos síntomas son muy frecuentes en la población, cuando se hacen presentes y coinciden con la presencia de cálculos biliares, esta relación ha sido muy revisada, ya que se han realizado colecistectomías cuando solo correspondían a síntomas de dispepsia crónica. Pero los únicos síntomas relacionados de la dispepsia crónica y los cálculos biliares son la náusea y el vómito, por lo que se estima que el 30% de los pacientes con vómito y náusea corresponden verdaderamente a cálculos biliares.(24)

Los métodos diagnósticos utilizados para valorar la dispepsia crónica son la serie esofagogastroduodenal, colon por enema, sonograma hepatobiliar y endoscopia esofagogastroduodenal y biopsia.

La serie esofagogastroduodenal se utiliza el bario y se obtiene mejores resultados en aquellas lesiones, como son alteraciones de la motilidad, espasmo, úlcera gástrica, gastritis, tumores, varices, pólipos, estenosis, etc. El bario no debe administrarse si existe evidencia radiológica de aire libre intraperitoneal. Este incluye desde el esófago hasta el ligamento de Treitz. La fiabilidad de diagnóstico de este método se cifra alrededor del 80%.(28)

El enema de doble contraste consiste en la introducción de bario y aire mezclados para obtener un doble contraste del interior del colon. Este es el examen más adecuado para detectar pólipos pequeños, ulceraciones finas y pequeñas placas en la pared del colon; en general cualquier lesión de mucosa. A pesar de su alta fiabilidad, la detección de pequeñas lesiones no es fácil, por el solapamiento de los diferentes segmentos cólicos.(28)

Sonograma hepato-biliar este estudio permite evaluar el páncreas, el parénquima hepático e incluso zonas como el riñón derecho. La exploración ecográfica permite demostrar la vesícula biliar en un gran porcentaje de casos. La presencia de cálculos en el interior de la

vesícula biliar se detecta con una fiabilidad diagnóstica por encima del 90%. Es útil en el diagnóstico de la colecistitis aguda, demostrándose la existencia de doble pared de la vesícula debido al edema existente. Tiene una sensibilidad del 93.5% y especificidad del 96%, la precisión diagnóstica es del 91.7%. (29)

La esofagogastroduodenoscopia se realiza para evaluar el estado de pacientes con molestias epigástricas, agudas o crónicas, indiferentemente de si las anomalías pueden ser demostradas o no por cuidadosos estudios radiológicos. Tiene valor en el establecimiento del diagnóstico diferencial entre úlceras benignas y malignas o tumores para seguir el proceso de curación en las úlceras gástricas y evaluación de patología revelada a través de estudios radiológicos. Es un examen útil cuando los pacientes presentan molestias epigástricas. Puede realizarse un estudio sistemático del esófago, estómago y duodeno.(30)

La dispepsia crónica es importante ya que dependiendo del grado de severidad en relación con los síntomas, puede llegar a constituir un problema no solo de costo beneficio-efectividad para las instituciones de salud, sino para el paciente y el impacto que tiene en su vida y la sociedad.

Los efectos de la dispepsia varia en cada paciente y van desde tomar medicamentos constante e intermitentemente; en algunos casos la visita continua con el medico y las instituciones de salud; y en algunas ocasiones llega a constituir causa de ausentismo de centros de trabajo, como resultado directo de esta condición.(25)

En un estudio de pacientes reportado, con sintamos de dispepsia crónica el 53% refirieron tomar medicamentos para aliviar los síntomas del tracto gastrointestinal alto.

El 42% tuvieron que acudir a consulta con el medico familiar durante algún tiempo de su vida en relación con síntomas de dispepsia. El 22% de estos pacientes visitaron al medico familiar por lo menos tres veces en un lapso de 12 meses. El 12% visitaron al gastroenterologo durante mínimo una vez al año.

Los efectos en la vida diaria de los pacientes que cursan con dispepsia crónica mas de un tercio refirió haber tenido síntomas que interfirieron con el sueno, la incapacidad de comer cierto tipo de alimentos, además la mitad presentó ausentismo en sus centros de trabajo.(26)

JUSTIFICACION

Se ha observado y de acuerdo a un estudio de investigación en el departamento de Estadísticas, que la población de PCE en la Delegación Juárez, que cursa con sintomatología de enfermedad acidopéptica, se diagnostican con diferentes patologías esofagogastroduodenales sin realizar ningún procedimiento diagnóstico que avale este mismo. Lo que ocasiona que sean manejados muy comunmente con antagonistas de H₂, del tipo de la ranitidina y con bloqueadores de la bomba de protones, como el omeprazol, por periodos prolongados que incluso llega a ser por años; lo que incrementa el costo de tratamiento, pero sobre todo enmascarando entidades nosológicas que no son manejadas en forma adecuada.

La incidencia de la población mundial es del 20-40%. De los 1,200 pacientes que obtuvieron consulta de medicina general en 1996 por diferentes patologías esofagogastroduodenales, solo a una mínima parte de estos pacientes se le practicaron estudios de diagnóstico para clasificarlos y darles el tratamiento correspondiente. (14) (27)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cuales son los principales diagnósticos nosológicos de enfermedades esofagogastrointestinales y biliares en pacientes que cursan con Dispepsia Crónica, por medio de diferentes métodos de diagnóstico como son la serie esofagogastroduodenal, colon por enema, sonograma hepato-biliar y la endoscopia y biopsia esofagogastroduodenal, en derechohabientes de la Delegación Juárez de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua ?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar cuales son los diagnósticos nosológicos de enfermedades esofagogastrointestinales y biliares en los pacientes portadores de síndrome de dispepsia crónica en la Delegación Juárez de Pensiones Civiles Estado de Chihuahua.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Determinar la frecuencia de los principales diagnósticos nosológicos con la serie esofagogastroduodenal.

Determinar la frecuencia de los principales diagnósticos nosológicos por medio del colon por enema.

Determinar la frecuencia de los principales diagnósticos nosológicos al realizar un sonograma hepáto-biliar.

Determinar la frecuencia de los principales diagnósticos nosológicos en una endoscopia y biopsia esofagogastrica.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El estudio se planteó como observacional, descriptivo, prospectivo y transversal .

POBLACION LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO

El presente estudio se llevó a cabo en la Institución de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Juárez, la cual proporciona atención medica. Cuenta con 8 consultorios de medicina general, con turno matutino y vespertino, con una población adscrita de 12, 853 derechohabientes.

La institución se encuentra ubicada en Av. Paseo Triunfo de la República # 4776, en Cd. Juárez Chih. El periodo de investigación comprendió entre los meses de septiembre de 1997 a Abril de 1998.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas a completar el tamaño de la muestra que correspondió a 48 pacientes. Los pacientes se seleccionaron al acudir a la consulta externa con diagnóstico de dispepsia crónica en un periodo de septiembre de 1997 a abril de 1998.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes mayores de 14 años.

Adscritos a la consulta de medicina general de la Delegación Juárez de PCE.

Que presenten dispepsia crónica.

Pacientes que hayan recibido tratamientos múltiples para dispepsia crónica.

Que no se les hayan practicado estudios de endoscopia y biopsia.

Que acepten voluntariamente participar en el estudio, firmando la autorización.

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes de 14 años o menos.

Que no se encuentre adscritos a la consulta de medicina general de la Delegación Juárez de PCE.

Que no presenten dispepsia crónica.

Pacientes que no hayan recibido tratamientos múltiples para dispepsia crónica.

Que se les hayan practicado estudios de endoscopia y biopsia.

Pacientes que no acepten voluntariamente participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que sean dados de baja como derechohabientes de la Delegación Juárez de PCE.

Pacientes que cambien de adscripción.

Pacientes que por alguna razón personal abandonen el protocolo.

INFORMACION A RECOLECTAR. VARIABLES A RECOLECTAR:

SINDROME DE DISPEPSIA CRONICA

Definición conceptual

Consiste en síntomas vagos relacionados con un mal funcionamiento del estomago, estos incluyen reflujo, dismotilidad y dolor en la parte alta del abdomen con una evolución de más de dos meses.

Definición operacional

Para fines del presente estudio, se consideró como síndrome de dispepsia crónica, a aquellos padecimientos caracterizados por sintomatología vaga, no específica de alguna entidad nosológica, referida en el hemiabdomen superior, principalmente pirosis, regurgitación, eructos y dolor; que tenga una duración mayor de dos meses y que haya recibido tratamientos diversos en forma empírica.

Categorización

Presenta síndrome de dispepsia crónica

No presenta síndrome de dispepsia crónica

Variable dependiente, escala de medición nominal.

DIAGNOSTICOS NOSOLOGICOS

Definición conceptual

Consisten en los nombres de los padecimientos propios de una aparato o sistema en particular.

Definición operacional

Para fines de este estudio se considerarán como diagnósticos nosológicos a los padecimientos gastrointestinales que pueden potencialmente producir síndrome de dispepsia crónica.

CATEGORIZACION

ESOFAGITIS.- Es la consecuencia del reflujo gastroesofagico y dicho reflujo depende de la disminución del tono del esfínter esofágico inferior, los síntomas principales son la pirosis y regurgitaciones.

Variable independiente, escala de medición nominal.

GASTRITIS.- Es la inflamación aguda del estomago, generalmente se manifiesta por dolor epigastrio que aumenta con la ingestión de alimentos, acompañado de anorexia, nausea y vómito, además de eructos y plenitud postprandial.

Variable independiente, escala de medición nominal.

HERNIA HIATAL.- Es un padecimiento frecuente que puede cursar sin sintomatología o con síntomas que dependen fundamentalmente de la insuficiencia del esfínter esofágico inferior, como pirosis y regurgitación.

Variable independiente, escala de medición nominal.

ULCERA PEPTICA.- Se define como un defecto en la mucosa del tracto gastrointestinal, que está en contacto con la secreción clorohidropéptica del estomago y cuya profundidad supera la muscularis mucosae.

Variable independiente, escala de medición nominal.

PATOLOGIA VESICULAR.- Se refiere a una inflamación aguda o crónica de la pared de la vesícula biliar, debida casi siempre a una obstrucción calculosa del conducto cístico, manifestándose como dolor cólico agudo en el cuadrante abdominal superior derecho, nausea y vómito, como en el caso de colocistitis y colelitiasis.

Variable independiente, escala de medición nominal.

PATOLOGIA DE COLON.- Trastornos de la movilidad que afecta todo el tubo digestivo, originando un complejo sintomático con manifestaciones GI tanto altas como bajas. Los síntomas predominantes son grados variables de dolor abdominal, estreñimiento o diarrea, y distensión postprandial.

Variable independiente, escala de medición nominal.

OTRAS PATOLOGIAS.- Aquellas patologías no tomadas en cuenta en la presente categorización y que puedan ser diagnosticadas con los recursos empleados en la investigación.

Variable independiente, escala de medición nominal.

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Los datos fueron recolectados directamente del interrogatorio directo con los pacientes, así como de los expedientes clínicos, por medio de un instrumento previamente diseñado para ello, para ser concentrados posteriormente en el programa de computo Excel 5.0.

Se analizaron los datos de acuerdo a las frecuencias de cada una de las entidades nosológicas encontradas, empleando para ello medidas de tendencia central y de dispersión, tales como promedios, moda, mediana, porcentajes y desviación estándar. Se llevó a cabo por medio de Estadística Descriptiva.

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se manejó con el mínimo riesgo, ya que el abordaje fue con métodos diagnósticos previamente establecidos, además del consentimiento por escrito de las pacientes, (el cual se anexa). Por lo cual no se infringen los preceptos de la Declaración de Helsinki, ni los contenidos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

RESULTADOS:

En el cuadro No.1 , cuadro No.2 y gráfica No. 1, se muestra la distribución de los pacientes diagnosticados con dispepsia crónica según la edad y el sexo.

De los 48 pacientes con diagnóstico de dispepsia crónica el 79.2% fueron del sexo femenino y un 20.8% del sexo masculino.

La frecuencia de pacientes solo del sexo femenino se presentó entre los grupos de edad de 16 a 25, 41 a 45, 46 a 50 y de 66 a 70 años.

La frecuencia más baja que se presentó en el sexo femenino esta comprendida entre los grupos de edad de 16 a 20 y de 46 a 50 años.

La frecuencia más alta en el sexo femenino se presentó entre los grupos de edad de 51 a 55 años, siendo también la mas alta para el número total de pacientes estudiados.

La frecuencia más alta para el sexo masculino se presentó en el grupo de edad entre los 71 a 75 años.

Y la relación de 1a 1 se presentó en el grupo de edad comprendida entre los 76 a 80 años.

La edad donde se encontró la más alta frecuencia de pacientes fue a los 54 años.

CUADRO No 1 PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISPEPSIA CRONICA POR SEXO Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez. 1998		
SEXO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
FEMENINO	38	79.2%
MASCULINO	10	20.8%
TOTAL	48	100%

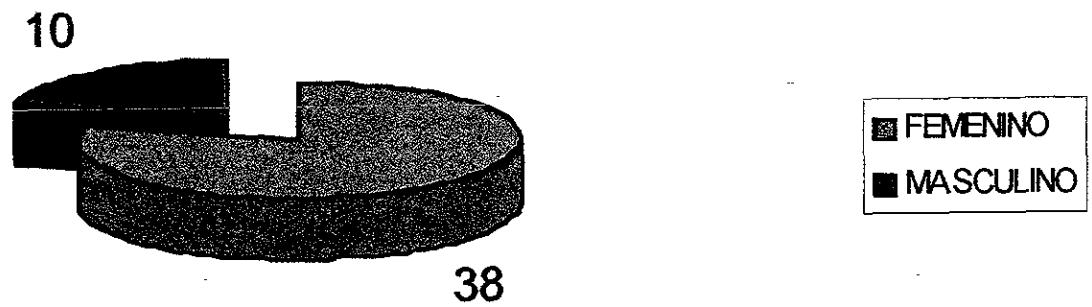
Fuente : ENCUESTA DIRECTA

SUMA = 2336.00

MEDIA = 48.67

DESVIAC ESTANDAR = 17.46

GRAFICA No 1
PACIENTES CON DISPEPSIA CRONICA POR SEXO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998



FUENTE: Encuesta directa

CUADRO No 2
 RESULTADOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISPEPSIA CRONICA
 POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO.
 Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez. 1998

GRUPOS DE EDAD	FEMENINO	MASCULINO
16 a 20	1	
21 a 25	3	
26 a 30	4	1
31 a 35	3	1
36 a 40	4	1
41 a 45	5	
46 a 50	1	
51 a 55	6	1
56 a 60	3	1
61 a 65	2	1
66 a 70	3	
71 a 75	2	3
76 a 80	1	1
TOTAL	38	10

FUENTE: ENCUESTA DIRECTA

De acuerdo a su ocupación de los pacientes estudiados se encontraron los siguientes resultados, cuadro No 3 y gráfica No. 2. La incidencia más alta de los pacientes diagnosticados con dispepsia crónica en relación a su actividad fueron un 35.4% dedicados al magisterio, un 22.9% al hogar, un 18.8% maestros pensionados y un 22.9% a otras actividades.

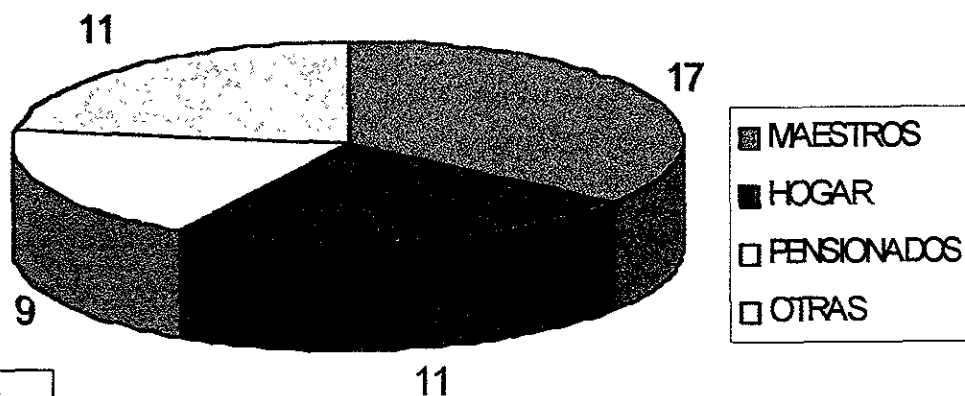
CUADRO No 3
RESULTADOS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISPEPSIA CRONICA DE ACUERDO A SU OCUPACION.

Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez. 1998

OCUPACION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MAESTROS	17	35.4%
HOGAR	11	22.9%
PENSIONADOS	9	18.8%
OTRAS	11	22.9%
TOTAL	48	100%

FUENTE: Encuesta directa

GRAFICA No. 2
RESULTADOS DE PACIENTES CON DISPEPSIA CRONICA
SEGUN LA OCUPACION
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente: encuesta directa

Los resultados que encontrados en la Serie Esofagastroduodenal (SEGD) en relación con los diagnósticos se pueden observar en el cuadro No.4.

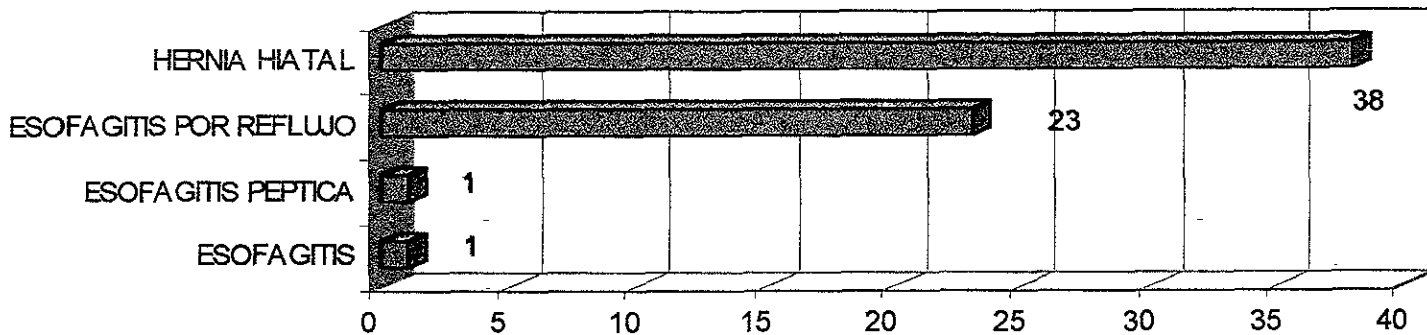
La Hernia Hiatal es la enfermedad esofagastroduodenal mas frecuente encontrada en la SEGD con una totalidad de 38 pacientes en un universo de 48 pacientes revisados; de ahí le sigue la Esofagitis por reflujo con 23 pacientes, 15 con Gastroduodenitis ácido péptica, 13 con Duodenitis ácido péptica, 9 con Gastritis crónica hipertrofica, etc.

En las gráficas 3, 4, 5 y 6 se observan las diferentes patologías esofagastroduodenales asociadas a Dispepsia crónica, como resultado de la Serie Esofagastroduodenal.

<p style="text-align: center;">CUADRO No.4 RESULTADOS REPORTADO DE LA SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISPEPSIA CRONICA. Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez, 1998.</p>		
SERIE ESOFAGOGASTRODUODENA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HERNIA HIATAL	38	79.16%
ESOFAGITIS POR REFLUJO	23	47.91%
GASTRODUODENITIS ACIDO PEPTICA	15	31.25%
DUODENITIS ACIDO PEPTICA	13	27.08%
GASTRITIS CRONICA HIPERTROFICA	9	18.75%
ULCERA DUODENAL	8	16.66%
DIVERTICULOS DUODENALES	5	10.41%
GASTRITIS ACIDO PEPTICA	4	8.33%
GASTRITIS	3	6.25%
DUODENITIS	3	6.25%
ULCERA PILORICA	3	6.25%
ESOFAGITIS PEPTICA	1	2.08%
ESOFAGITIS PEPTICA	1	2.08%
ESOFAGITIS	1	2.08%
ULCERA PREPILORICA	1	2.08%
ULCERA GASTRICA	1	2.08%
LITIASIS VESICULAR	1	2.08%
POLIPO DUODENAL	1	2.08%
POLIPO GASTRICO	1	2.08%
PROBABLE PROCESO INFILTRANTE	1	2.08%

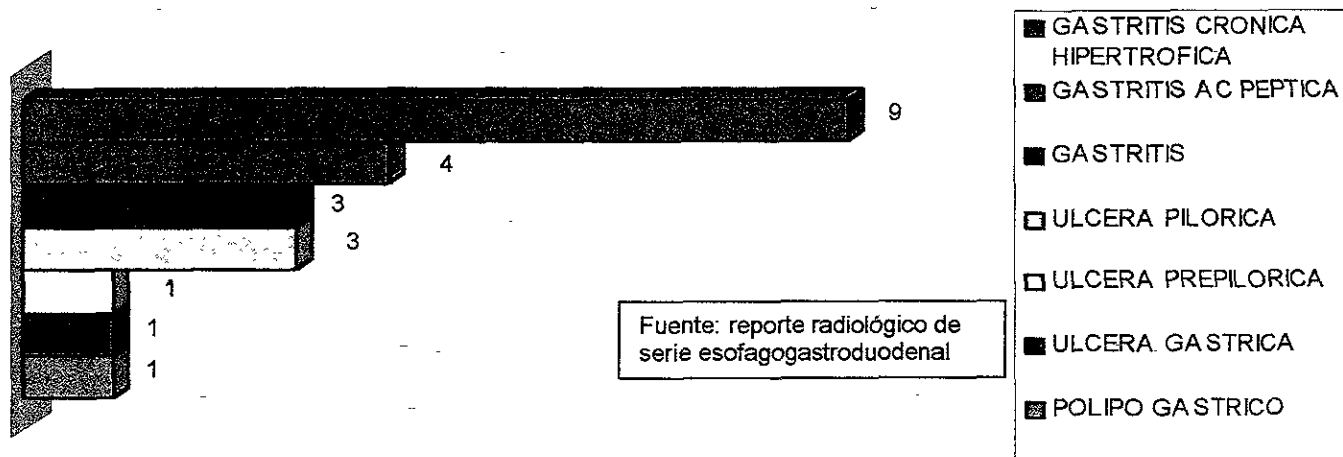
FUENTE: REPORTE RADIOLOGICO DE SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL

GRAFICA No 3
PATOLOGIAS ESOFAGICAS ASOCIADAS CON DISPEPSIA CRONICA
POR SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO,
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente: reporte radiológico de serie esofagoduodenal

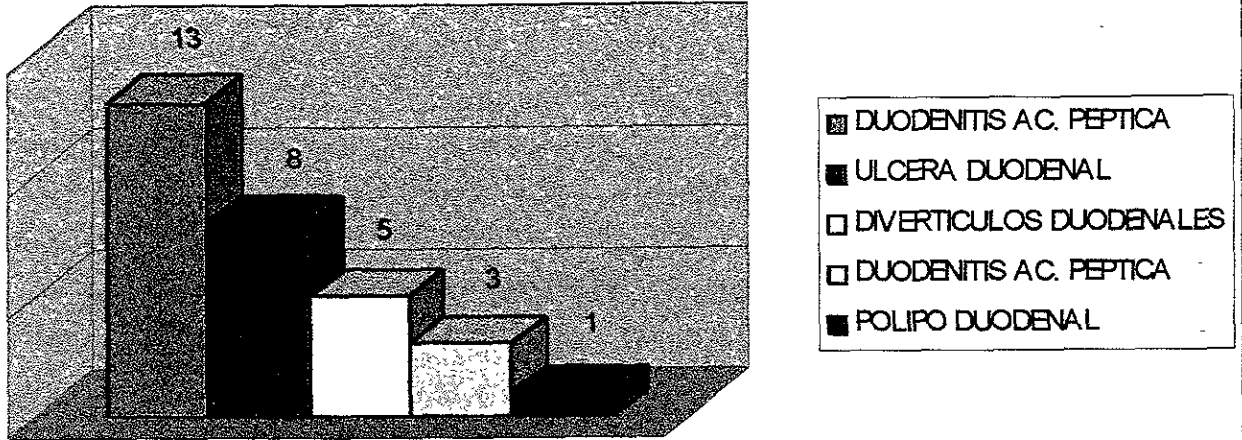
GRAFICA No. 4
PATOLOGIAS GASTRICAS ASOCIADAS CON DISPEPSIA CRONICA POR SERIE
ESOFAGOGASTRODUODENAL
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO,
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente: reporte radiológico de serie esofagoduodenal

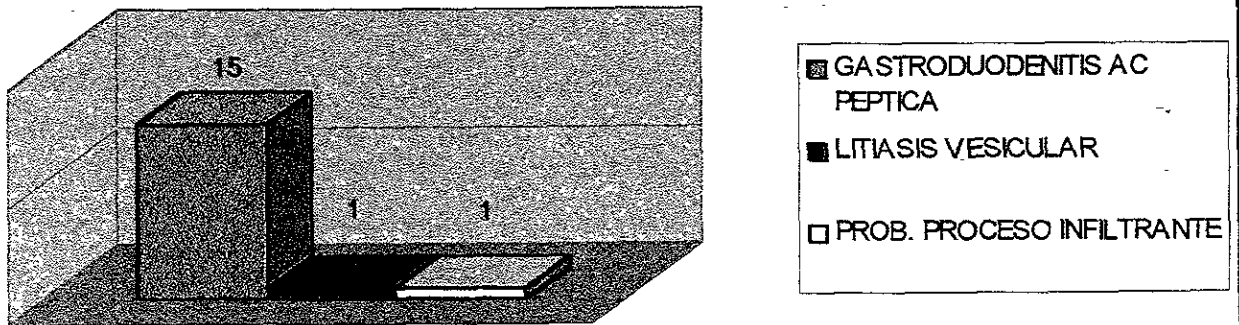
Fuente: reporte radiológico de serie esofagoduodenal

GRAFICA No.5
PATOLOGIAS DUODENALES ASOCIADAS CON DISPEPSIA CRONICA
POR SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO,
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente: reporte radiológico serie esofagogastroduodenal

GRAFICA No 6
PATOLOGIAS ASOCIADAS CON DISPEPSIA CRONICA
POR SERIE ESOFAGOGASTRODUODENAL
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998



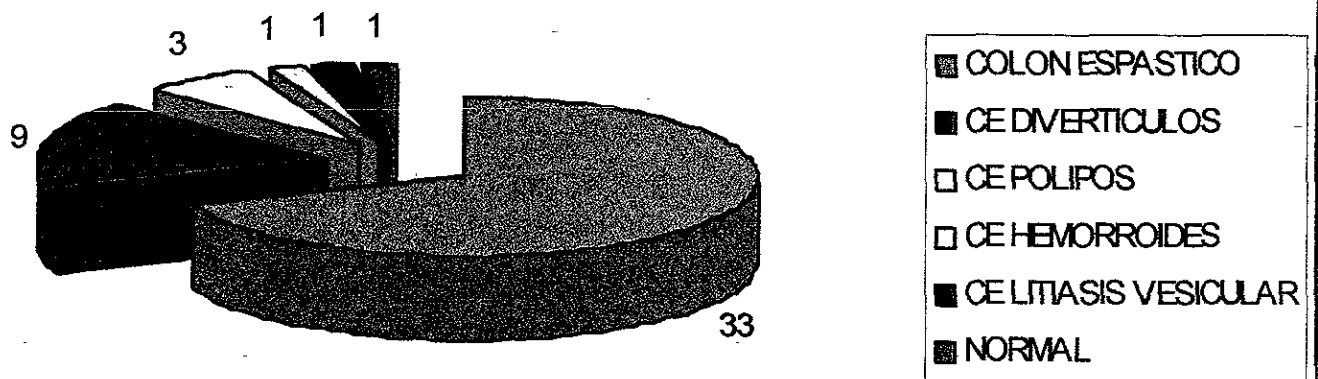
Fuente: reporte radiológico serie esofagogastroduodenal

Los resultados encontrados en el Colon por enema se pueden observar en el cuadro No 5 y la gráfica No 7. Un 68.8% de los pacientes se encontraron con Colon espástico, un 18.8% con Colon espástico y divertículos, un 6.3% con colon espástico y pólipos colonicos, y un 2.1% con colon espástico y hemorroides, colon espástico mas litiasis vesicular y normales.

CUADRO No 5 RESULTADOS DEL COLON POR ENEMA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISPEPSIA CRONICA Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez, 1998.		
COLON POR ENEMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COLON ESPASTICO	33	68.8%
COLON ESPASTICO-DIVERTICULOS	9	18.8%
COLON ESPASTICO-POLIPO	3	6.3%
COLON ESPASTICO-HEMORROIDES	1	2.1%
COLON ESPASTICO-LITIASIS VESICULAR	1	2.1%
NORMALES	1	2.1%
TOTAL	48	100%

FUENTE: REPORTE RADIOLOGICO DE COLON POR ENEMA

GRAFICA No 7
RESULTADOS DE COLON POR ENEMA EN PACIENTES CON DISPEPSIA
CRONICA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente: Reporte radiológico colon por enema

Los resultados encontrados por Sonograma hepático-biliar se observan en el cuadro No. 6 y la gráfica No 8. Un 77.1% de los pacientes están normales, un 10.4% normales con colecistectomía, un 6.3% con litiasis vesicular, un 4.2% con pólipos vesiculares y un 2.1% con colecolitiasis.

CUADRO No. 6 RESULTADOS DEL SONOGRAMA HEPATICO-BILIAR EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISPEPSIA CRONICA. Pensiones Civiles del Estado, delegación Juárez, 1998.		
SONOGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NORMALES	37	77.1 %
NORMALES COLECISTECTOMIA	5	10.4%
LITIASIS VESICULAR	3	6.3%
POLIPOS VESICULARES	2	4.2%
COLECISTOLITIASIS	1	2.1%
TOTAL	48	100.0%

FUENTE : REPORTE SONOGRAFICO

GRAFICA No 8
RESULTADOS DE SONOGRAMA HEPATOBILIAR
EN PACIENTES CON DISPEPSIA CRONICA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente: reporte sonográfico

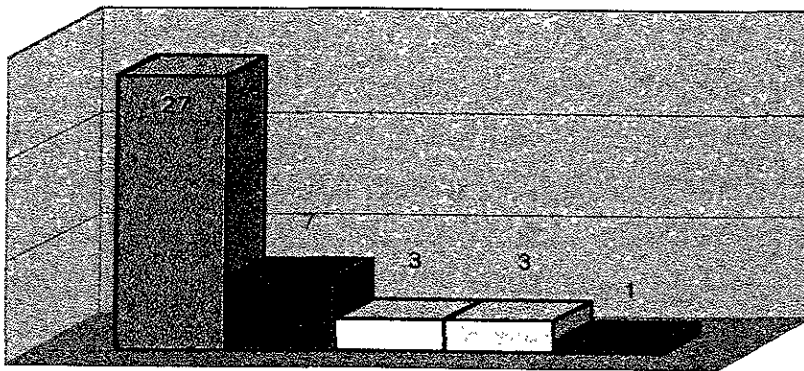
En el cuadro No.7 se observan diferentes patologías esofagastroduodenales que se presentaron en los 48 pacientes con diagnóstico de dispepsia crónica, estudiados con endoscopia. La hernia hiatal es la patología mas frecuente con 27 de los 48 pacientes, asociándose a diferentes diagnósticos de patologías de esófago, gástricas y duodenales. Solo 6 pacientes la presentaron como único diagnóstico.

En las gráficas 9, 10, 11 y 12 se manifiestan las patologías esofagogastroduodenales asociadas a dispepsia crónica en la endoscopia.

CUADRO No.7		
RESULTADOS DE ENDOSCOPIA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DISPEPSIA CRONICA		
Pensiones Civiles del Estado.1998.		
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
HERNIA HIATAL	27	56.25%
GASTRITIS	7	14.58%
ESOFAGITIS PEPTICA	7	14.58%
NORMALES	4	8.33%
ESOFAGITIS CRONICA HIPERTROFICA	3	6.25%
ESOFAGO DE BARRET	3	6.25%
GASTRITIS AGUDA	3	6.25%
GASTRITIS ANTRAL AGUDA	3	6.25%
GASTRODUODENITIS CRONICA HIPERTROFICA	2	4.16%
GASTRITIS ULCERADA ANTRAL	2	4.16%
DUODENITIS ACIDO PEPTICA	2	4.16%
ULCERA GASTRICA PREPILORICA	2	4.16%
ULCERA DUODENAL	2	4.16%
REFLUJO GASTROESOFAGICO	2	4.16%
POLIPO GASTRICO BENIGNO	2	4.16%
GASTRITIS FOLICULAR	1	2.08%
ESOFAGITIS CRONICA FOCAL	1	2.08%
GASTRITIS CRONICA ATROFICA	1	2.08%
GASTRITIS CRONICA	1	2.08%
GASTRITIS HEMORRAGICA	1	2.08%
ESOFAGOGASTRODUODENITI S AGUDA	1	2.08%
DIVERTICULO DUODENAL	1	2.08%
POLIPO SESIL PILORO	1	2.08%
ULCERA GASTRICA	1	2.08%

FUENTE: REPORTE ENDOSCOPICO

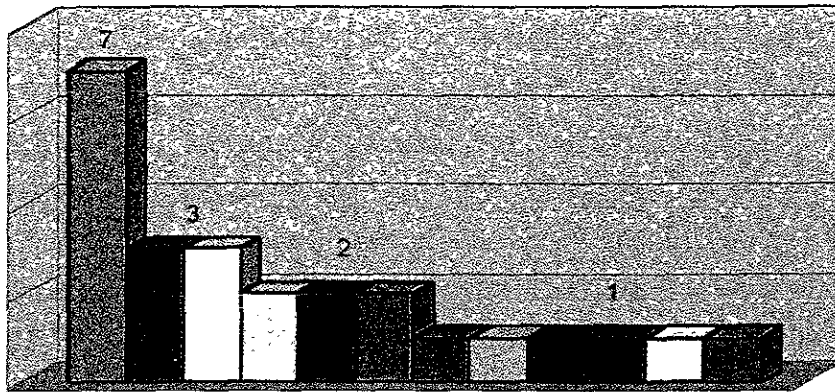
GRAFICA No 9
PATOLOGIAS ESOFAGICAS ASOCIADAS A DISPEPSIA CRONICA
POR ENDOSCOPIA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUA REZ, 1998



- HERNIA HIATAL
- ESOFAGITIS PEPTICA
- ESOFAGITIS CRONICA HIPERTROFICA
- ESOFAGO DE BARRET
- ESOFAGITIS CRONICA FOCAL

Fuente: reporte endoscópico

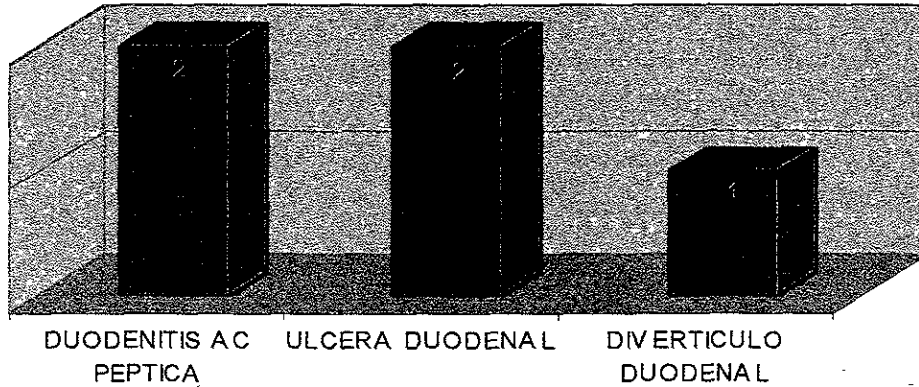
GRAFICA No 10
PATOLOGIAS GASTRICAS ASOCIADAS A DISPEPSIA CRONICA POR
ENDOSCOPIA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998.



- GASTRITIS
- GAST. AGUDA
- GAST. ANTRAL AGUDA
- GAST. A. ULCERADA
- ULCERA GAST. PREPILORICA
- POLIPO GAST. BENIGNO
- GAST. FOLICULAR
- GAST. CRONICA ATROFICA
- GAST. CRONICA ATROFICA
- GAST. HEMORRAGICA
- POLIPO SESIL
- ULCERA GAST. PREPILORICA

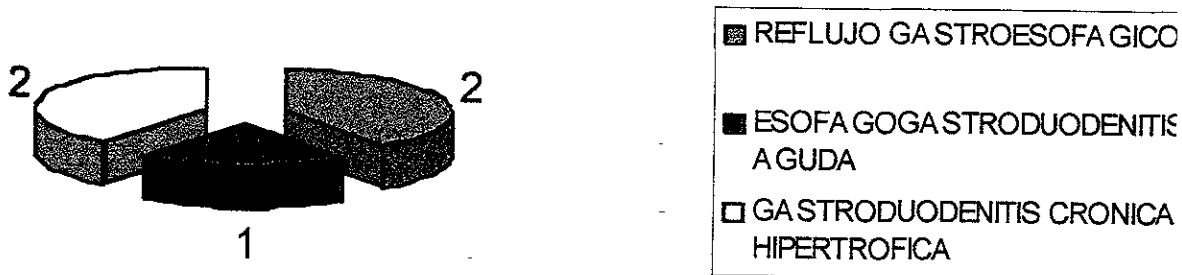
Fuente: reporte endoscópico

GRAFICA No 11
PATOLOGIAS DUODENALES ASOCIADAS A DISPEPSIA CRONICA POR
ENDOSCOPIA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente : reporte endoscópico

GRAFICA No 12
OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS CON DISPEPSIA CRONICA POR
ENDOSCOPIA
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO
DELEGACION JUAREZ, 1998



Fuente: reporte endoscópico

En el cuadro No. 8 se observan los diferentes diagnósticos reportados en el reporte histopatológico de Gastritis y Esofagitis en todas sus modalidades, siendo la más frecuente Gastritis crónica hemorrágica con 12 pacientes de los 48 estudiados, le sigue la Gastritis crónica atrófica hemorrágica focal con 9, Gastritis crónica atrófica moderada con 7, Gastritis crónica hemorrágica folicular con 5. En los cuadros 9, 10 y 11 se aprecian las patologías esofagogastricas asociadas con dispepsia crónica de acuerdo al reporte histopatológico.

CUADRO No. 8
 RESULTADOS DE REPORTE HISTOPATOLOGICO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
 DISPEPSIA CRONICA.
 Pensiones Civiles del Estado, 1998.

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GASTRITIS CRONICA HEMORRAGICA	13	25%
GASTRITIS CRONICA ATROFICA HEMORRAGICA FOCAL	9	18.75%
GASTRITIS CRONICA ATROFICA MODERADA	7	14.58%
GASTRITIS CRONICA HEMORRAGICA FOLICULAR	5	11.11%
GASTRITIS CRONICA ATROFICA EXTENSA	4	8.33%
GASTRITIS CRONICA	3	6.25%
DISPLASIA FAVEOLAR	2	4.16%
ESOFAGITIS CRONICA EXTENSA	1	2.08%
ESOFAGITIS CRONICA CON NECROSIS FOCAL	1	2.08%
ESOFAGITIS CRONICA FOCAL	1	2.08%
ESOFAGITIS AGUDA	1	2.08%
ESOFAGITIS CRONICA	1	2.08%
GASTRITIS CRONICA FOLICULAR ULCERATIVA	1	2.08%
ESOFAGO DE BARRET	1	2.08%
ESPONGIOSIS MODERADA	1	2.08%
POLIPO GASTRICO	1	2.08%
POLIPO ADENOMATOSO	1	2.08%

FUENTE : REPORTE HISTOPATOLOGICO

CUADRO No. 9
RESULTADOS DE PATOLOGIAS ESOFAGICAS ASOCIADAS CON DISPEPSIA CRONICA POR
REPORTE HISTOPATOLOGICO.
Pensiones Civiles del Estado. 1998

PATOLOGIAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ESOFAGITIS CRONICA EXTENSA	1	2.08%
ESOFAGITIS CRONICA CON NECROSIS FOCAL	1	2.08%
ESOFAGITIS CRONICA FOCAL	1	2.08%
ESOFAGITIS AGUDA	1	2.08%
ESOFAGITIS CRONICA	1	2.08%
ESOFAGO DE BARRET	1	2.08%

FUENTE: REPORTE HISTOPATOLOGICO

CUADRO No 10
RESULTADOS DE PATOLOGIAS GASTRICAS ASOCIADAS A DISPEPSIA CRONICA DE
ACUERDO AL REPORTE HISTOPATOLOGICO
Pensiones Civiles del Estado. 1998

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GASTRITIS CRONICA HEMORRAGICA	13	27.08%
GASTRITIS CRONICA HEMORRAGICA ATROFICA FOCAL	9	18.75%
GASTRITIS CRONICA ATROFICA MODERADA	7	14.58%
GASTRITIS CRONICA HEMORRAGICA FOLICULAR	5	10.41%
GASTRITIS CRONICA ATROFICA EXTENSA	4	8.33%
GASTRITIS CRONICA	3	6.25%
GASTRITIS CRONICA FOLICULAR ULCERATIVA	1	2.08%
POLIPO GASTRICO	1	2.08%
POLIPO ADENOMATOSO	1	2.08%

FUENTE : REPORTE HISTOPATOLOGICO. -

CUADRO No. 11
 RESULTADOS DE OTRAS PATOLOGIAS ASOCIADAS CON DISPEPSIA CRONICA POR REPORTE
 HISTOPATOLOGICO.
 Pensiones Civiles del Estado. 1998

PATOLOGIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
DISPLASIA FAVEOLAR	2	4.16%
TEJIDO AUTOLIZADO	1	2.08%
ESPONGIOSIS MODERADA	1	2.08%

FUENTE: REPORTE HISTOPATOLOGICO.

DISCUSION

La dispepsia crónica es una patología común, que se caracteriza por dolor en la parte alta del abdomen, pirosis, regurgitación, distensión abdominal, así como de alteraciones de la motilidad ; cualesquiera de estos síntomas fueron necesarios para hacer el diagnóstico de dispepsia crónica, con un mínimo de tiempo de 3 meses de evolución y realizar este estudio.

Se demostró que a pesar de lo anteriormente encontrado en la literatura medica, en este estudio se presento en mayor frecuencia en mujeres que en hombres, entre los cuales las edades oscilaron en pacientes de 16 a 80 años. Observándose como característica especial de mayor frecuencia entre los pacientes de 51 a 55 años y de menor en el grupo de edad de los 16 a los 20 años. (5) (6) (7)

De acuerdo al desempeño de actividades, de nuestro grupo de pacientes se observó, que, los que laboran con un alto índice de responsabilidad como lo tienen los maestros y los dedicados al hogar, incrementan su nivel de estrés, desencadenando con mayor frecuencia los síntomas y signos de dispepsia crónica. (10)

Otro dato reportado de esta investigación en relación con métodos diagnósticos como es la serie esofagogastroduodenal , esta es útil para hacer el diagnostico de hernia hiatal, y detectar esofagitis por reflujo, a pesar de lo ya establecido en la literatura medica, observándose también que la mayoría de los pacientes con hernia hiatal se acompañaron con esofagitis por reflujo.(14)Además existen una gama de patologías asociadas entre si, lo cual dificulta en diagnostico especifico. También se encontró que las úlceras duodenales son aproximadamente 3 veces más frecuentes que las úlceras gástricas. (15)

En relación con el colon espástico, se encontró que existe un porcentaje alto en los pacientes que presentan dispepsia crónica (90%). (22)

Otro aspecto de mayor discusión es la detección de cálculos biliares, ya que existe un error para diagnosticarlos, por la similitud de los síntomas y signos, con la dispepsia crónica. En los pacientes estudiados solo se encontraron 4 con cálculos biliares, siendo lo más importante de esto, que son asintomáticos. (24)

Existe una similitud en los resultados obtenidos por endoscopia con los encontrados en la serie esofagogastroduodenal. Presentandose en más del 50% con diagnóstico de hernia hiatal, asociada con otras patologías esofagogastroduodenales. (10) (12)

En relación con el diagnóstico por reporte histopatológico encontramos que las gastritis crónicas hemorrágicas son las de mayor frecuencia comparativamente con otras patologías, que no por ser de menor incidencia dejan de ser importantes, entre las cuales se encuentran las gastritis en diferentes modalidades.

La hernia hiatal , la gastritis, la esofagitis por reflujo y el colon espástico son las entidades nosológicas esofagogastrointestinales mas frecuentes que encontramos en este estudio.

Se alcanzaron algunas de las expectativas del estudio como son determinar las patologías esofagogastroduodenales más frecuentes, pero la muestra fue insuficiente, ya que existe una gran variedad de diagnósticos de estas enfermedades, en relación con el número de pacientes que fueron tomados para realizarlo.

CONCLUSIONES

La conclusión final de este estudio las principales enfermedades esofagogastrointestinales y biliares que se reportaron en la serie esofagogastroduodenal son la hernia hiatal en primer plano con un 79.16%, de ahí le sigue la esofagitis por reflujo con 47.9%; la gastroduodenitis ácido péptica con 31.23%; gastritis ácido péptica con 18.75%.

Los resultados del estudio de colon por enema en los pacientes con diagnóstico de dispepsia crónica fueron colon espástico con un 68.8% y colon espástico con divertículos en un 18.8%; colon espástico con pólipos 6.3%, colon espástico con hemorroides, litiasis vesicular y normales con un 2.1%.

En el sonograma hepáto-biliar se encontraron la mayoría normales con 77.1%; con colecistectomía 10.4% y litiasis vesicular 6.3%.

En la endoscopia también la hernia hiatal se presentó en un 56.25% de ahí con menos porcentajes las gastritis en diferentes modalidades con 14.58%.

En el reporte histopatológico las gastritis crónicas de diferentes tipos como la hemorrágica, gastritis crónica atrófica, hemorrágica focal, hemorrágica folicular se presentó con 84.02%.

Cuando exista una pobre respuesta al tratamiento médico por dispepsia crónica, hay que valorar la posibilidad de que existan cálculos biliares o se trate de un colon espástico.

Se recomienda practicar una endoscopia esofagogastroduodenal cuando exista persistencia de los síntomas después de 6 a 8 semanas de tratamiento, ausencia de respuesta al tratamiento de 7 a 10 días, signos de complicaciones de enfermedad ácido péptica, signos de afectación sistémica y cuando haya recidiva de los síntomas.

Se recomienda iniciar el manejo de este síndrome de una manera integral donde esten involucrados el médico familiar, nutriología, psicología y desde luego el paciente, quien debe darse cuenta que su problema es controlable.

Se recomienda al médico familiar elegir el método diagnóstico según sea la necesidad del paciente, en base a sus signos y síntomas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 George H. Steele, MD. Cost-effective management of dyspepsia. *Gastroenterology* 1996 Sep. 23 (3): 561-63.
- 2 O'Morain C Buckley M. *Helicobacter pylori* and dyspepsia. *Scan J Gastroenterol* 1996; 31 Supp 214: 28-38.
- 3 Jones RH. Prevalence of symptoms of dyspepsia in the community. *BMJ* 1989: 298:30-2.
- 4 Buckley M O'Morain C. Findings at endoscopy in dyspeptic patients. Unpublished data.
- 5 Heatley RV, Rathbone BJ. Dyspepsia: a dilemma for doctors? *Lancet* 1987: i:779-82.
- 6 Colin-Jones DG. Management of Dyspepsia *Lancet* 1988:i;576-9.
- 7 Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Melton III J. Dyspepsia and dyspepsia subgroups : a population-based study. *Gastroenterology* 1992;102: 1259-68.
- 8 GM Schwartz, MD; Steven Woloshin, MD; H. Gilbert Welch, MD, MPH. Trends in diagnostic testing following a national guideline for evaluation of dyspepsia. *Arch Intern Med* 1996, Apr ; 156:873-75.
- 9 O'Morain C Buckley M. *Helicobacter pylori* and dyspepsia. *Scan J Gastroenterol* 1996; 31 Supp 214: 28-38.
10. Lydeard S, Jones R. Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consultants and non-consulters. *JR Coll Gen Pract* 1989; 39:495-8.
11. Johnsen R, Bernersen B, Straum B, et al. Prevalence of endoscopic and histological findings in subject with and without dyspepsia. *BMJ* 1991;302:749-52.
12. Health and Public Policy Committee, American College of Physicians. Endoscopy in the evaluation of dyspepsia. *AM Intern Med* 1995;102:266-9.
13. Nysen O. Therapeutic trial in dyspepsia: its role in the primary care setting. *Scan J Gastroenterol* 1991; 26 (suppl 182):61-9.

-
14. Alan M. Adelman and James P. Richardson. Gastritis, esofagitis y enfermedad ulcerosa peptica. *Med Familiar* 1995;89:673-78.
 15. Mc Guigan JE. Peptic ulcer and gastritis. *Harrison's principles of internal medicine* 1991:1229-48.
 16. Rollason TP, Stone J. Rhodes JM .Spiral organism in endoscopic biopsies of the human stomach. *J Clin Pathol* 1994;37:23-26.
 17. Grossman MI, Rurata JH, Rotter JI, et al. Peptic ulcer: new therapies, new disease. *Am Int Med* 1991; 95:609-627.-
 18. Talley NJ. The role of *Helicobacter pylori* in nonulcer dyspepsia: a debate-for. *Gastroenterol Clin North Am* 1993;22:141-51.
 19. Sonnenberg A.. Townsend WF. Cost of duodenal ulcer therapy with antibiotics. *Arch Intern Med* 1995;155:922-8.
 20. Amnon Sonnenberg, M.D., Msc. Cost-benefit analysis of testing for *Helicobacter pylori* in dyspeptic subjects. *Am J Gastroenterol* 1996; 91:1773-77.
 21. Mayer RJ. Neoplasms of the esophagus and stomach. In: wilson JD, Braunwald E. Isselbacher KJ, et al, editors. *Harrison's principles of internal medicine*. 12th New York: Mc Graw-Hill, 1991: 1248-51.
 22. Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, et al. Diagnostic value of manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut* 1990;31:77-81.
 23. Lars Agreus, Kurt Svardsudd, Olof Nyren. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterol* 1995;109:671-680.
 24. N. Kraag, C. Thijs and P. Knipschild. Dyspepsia-how noisy are gallstones?. *Scand J Gastroenterol* 1995; 30:83-89.
 25. J.G. Penston and R>E> Pounder. A survey of dyspepsia in Great Britain. *Aliment Pharmacol Ther* 1996;10:83-89.

26. Doll R Jones FA. Buckatsch MM. Occupational factor; in the aetiology of gastric and duodenal ulcers with on estimate of their incidence in the general population. Medical Research Council Special Report Series 1991; 276:1-9.

27. Departamento de Estadísticas de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, delegación Juárez.. Enfermedades esofagogastroduodenales diagnosticadas en 1996.

28. Cuevas Ibañez A, Pedrosa Cs. Aparato Digestivo: estómago y duodeno. Diagnóstico por imagen 1990; 705-730.

29. Cuevas Ibañez A, Pedrosa Cs. Vías Biliares. Diagnóstico por imagen 1990; 705-730.

30. Cocher H. Endoscopía del estómago y duodeno. Gastroenterología 1991; tomo 1: 478-490.

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION JUAREZ
CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESTUDIO EN VOLUNTARIOS

Cd. Juárez, Chih. a de 1997

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado "Enfermedades Gastrointestinales más frecuentes en pacientes con dispepsia crónica", cuyo objetivo es determinar las enfermedades gastrointestinales más frecuentes que cursan con dispepsia crónica, para así iniciar un manejo terapéutico específico.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en someterse a la practica de una endoscopia con toma de biopsia, una colecistografía oral baratija y un colon por enema para su diagnóstico.

Declaro que se me ha informado, ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio y que son los que a continuación se describen : riesgos inherentes a la administración de anestésicos en caso de ser estrictamente necesarios, en el caso de la endoscopia y toma de biopsia, molestias en la orofaringe; someterse a la radiación necesaria para la toma de radiografía así como a la ingesta de medio de contraste en el caso de la serie esogagogastroduodenal, provocando distensión abdominal ; y de aplicación también de medio de contraste y de enemas para el estudio de colon por enema, provocando distensión abdominal.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alterno adecuado, que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planteo, acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, los beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención medica que recibo de la institución.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de opinión con respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Nombre, matrícula y firma
del investigador principal

Testigo

**PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA
DELEGACION JUAREZ**

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

Cd Juárez, Chih, a de 199

Nombre _____ No de pensiones _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación _____

Domicilio particular _____ Teléfono _____

Fecha de estudio Serie Esofagogastroduodenal :
Resultado:

Fecha de Colon por enema:
Resultado:

Fecha de Sonograma hepaticobiliar:
Resultado:

Fecha de Endoscopia:
Resultado:

Fecha de Biopsia:
Resultado: