

ARTÍCULO ORIGINAL

Ventajas de la endoscopia del tracto digestivo superior en pacientes venezolanos

Advantages of the upper gastrointestinal tract endoscopy in Venezuelan patients

MsC. Ana Esther Despaigne Biset,^I Dra. Xiomelis Santiesteban Sauque,^{II} Dra. Danelis Rivera Fournier^I y Lic. Yumaile Beltrán Mayeta^I

^I Policlínico Docente "José Martí Pérez", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y observacional, de corte transversal, de 637 pacientes mayores de 15 años, que acudieron al Servicio de Endoscopia del Centro de Diagnóstico Integral "Jorge Rodríguez", perteneciente al Municipio Torres en el Estado Lara (Venezuela), de enero a abril del 2009, por presentar síntomas y signos de afecciones del aparato digestivo superior y a los que se les realizó endoscopia para identificar las lesiones más frecuentes en este y sus características epidemiológicas. En los resultados de la serie predominaron las lesiones en la mucosa de cualquier segmento del tracto digestivo superior --con mayor frecuencia de la gastritis--, el sexo femenino y el grupo etario de 30-59 años, así como los factores de riesgo: malos hábitos nutricionales y consumo de alcohol y café.

Palabras clave: tracto digestivo superior, endoscopia, gastritis, centros de diagnóstico integral, Venezuela.

ABSTRACT

A descriptive, observational and cross-sectional study was carried out in 637 patients over 15 years, who attended the Endoscopy Department of "Jorge Rodríguez" Comprehensive Diagnosis Center, belonging to Torres Municipality in Lara State (Venezuela), from January to April 2009, due to symptoms and signs of upper gastrointestinal tract diseases. Patients underwent endoscopy to identify the most frequent lesions and their epidemiological characteristics. Mucosal lesions in any segment of the upper gastrointestinal tract, being gastritis the most frequent condition, female sex and age group of 30-59 years prevailed in the results of the series, as well as risk factors: poor nutritional habits and alcohol and coffee consumption.

Key words: upper gastrointestinal tract, endoscopy, gastritis, Comprehensive Diagnosis Centers, Venezuela.

INTRODUCCIÓN

Según la documentación de la historia de la salud en Venezuela, en 1936 surgió el Ministerio de Salud y Asistencia Social como institución fundamental para la prevención de enfermedades y la promoción de salud; sin embargo, la sustitución del modelo integrista centrado en la prevención y puesta en práctica de modelos clientelares,

trajeron como resultado un predominio en la privatización del sector, lo cual lo condujo a un proceso de deterioro.^{1,2}

Con la llegada de Hugo Chávez al poder, la situación de la salud era la siguiente: elevado costo de exámenes complementarios y cirugías, alto costo de los medicamentos, que en 1984 resultaron los más caros en toda Latinoamérica, 60 % de la población que vivía en la pobreza y sin acceso real a la atención médica, por lo que se trazó como tarea fundamental darle un vuelco al sistema de salud.³

En el año 2003 llegaron los médicos cubanos y comenzó la transformación en los servicios médicos de Venezuela mediante la implementación de programas y políticas de salud a favor de las poblaciones excluidas, con énfasis en la promoción de salud y prevención de enfermedades, que incluyó, además, la extensión de los servicios a los lugares donde nunca antes existió consulta médica, y de esta manera se conformó el Subsistema de Salud Barrio Adentro I. Posteriormente, en el 2005, se decidió aumentar el poder resolutivo de los médicos cubanos, con la creación de instituciones dotadas de equipos de alta tecnología: Centro de Diagnóstico Integral (CDI), y la inclusión en estos de los servicios de endoscopia del tracto digestivo superior, que abrió un nuevo camino en el estudio de las enfermedades del tracto digestivo superior en este país.²

El uso de tubos e instrumentos para tratar de observar el interior del cuerpo data de los comienzos de la civilización. Los griegos, egipcios y romanos ya utilizaban cánulas para enemas y se sabe que Hipócrates trató de ver el recto con una vela; no obstante, no fue hasta el siglo XVII que el desarrollo de la medicina permitió ver lo que el paciente decía sentir. Se inició, así, la endoscopia, palabra griega que significa mirar u observar dentro.^{4,5}

Durante un primer momento la endoscopia digestiva superior fue utilizada exclusivamente como un método diagnóstico, que servía para explorar el tubo digestivo por dentro con el uso de diferentes aparatos ópticos. El gran desarrollo alcanzado por la endoscopia digestiva en los últimos años se debe a que la técnica no se limitó al diagnóstico, sino que pasó a ser importante en el pronóstico de muchos procesos y, fundamentalmente, a ser un método terapéutico de primera línea.⁵

Se ha alcanzado un amplio desarrollo científico-técnico en el mundo contemporáneo, unido a un conocimiento cada vez más profundo de los factores clínicos-epidemiológicos y patológicos que guardan relación con las enfermedades gastrointestinales; de esta forma se ha demostrado que algunos elementos del estilo de vida han sido considerados como factores de riesgo, tales como la alimentación (comidas muy condimentadas, carnes rojas y otras), el hábito de fumar, la ingestión de alcohol y café, así como el estrés; algunos de estos muy controvertidos en la actualidad, como es el caso de la alimentación, y otros que han obtenido mucho valor, como el elevado consumo de antiinflamatorios no esteroideos.^{6,7}

En el trabajo diario, se estimó la gran afluencia de pacientes al CDI que referían tener síntomas y signos de afecciones del aparato digestivo superior y en los que era necesaria la endoscopia, por lo que se decidió realizar esta investigación para identificar las lesiones más frecuentes diagnosticadas en este servicio, así como sus características epidemiológicas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y observacional, de corte transversal, de 637 pacientes que acudieron al Servicio de Endoscopia del Centro de Diagnóstico Integral "Jorge Rodríguez", perteneciente al Municipio Torres en el Estado Lara (Venezuela), de enero a abril del 2009, ya fuera de forma espontánea o remitidos por los médicos de familia de Barrio Adentro por presentar síntomas de afecciones del aparato digestivo superior sometidos a endoscopia digestiva alta en el periodo de tiempo descrito, previo consentimiento a participar en la investigación.

Para ello se tomaron en cuenta los criterios de inclusión: edad mayor de 15 años, síntomas o signos referentes al sistema digestivo superior y consentimiento del paciente para la investigación; y de exclusión: edad menor de 15 años, negación a participar en el estudio, gestante con más de 20 semanas y presencia de enfermedades del aparato digestivo con urgencia como sangrado activo o ingestión de cáustico.

Entre las variables de interés en la investigación figuraron: sexo, edad, lesiones en la mucosa digestiva superior (presencia o ausencia de estas, según criterios endoscópicos), diagnóstico endoscópico (según tipo de lesión y localización topográfica por medio de criterios endoscópicos), manifestaciones clínicas (conforme a lo referido por el paciente en la entrevista), factores de riesgo y cultura sanitaria (clasificada en buena, mala o regular acorde a lo planteado en la carpeta metodológica de la atención primaria de salud).

Para recolectar la información se utilizaron los informes endoscópicos y los datos de una planilla de encuesta confeccionada por los autores a los efectos. El procesamiento estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS, versión 11.0, y los resultados fueron expresados en porcentaje como medida de resumen.

RESULTADOS

Al analizar la relación entre edad y sexo (tabla 1), pudo apreciarse un predominio del grupo etario de 46-59 años, para 56,2 % de los pacientes. Además, del total de integrantes de la serie predominaron las mujeres, con 378 de estas.

Tabla 1. Relación edad y sexo

Grupo etario	Masculino		Femenino		Total	
	No	%	No	%	No	%
15-29	27	4,2	13	2,0	40	6,2
30-45	61	9,6	91	14,4	152	23,8
46-59	139	21,8	219	34,4	358	56,2
60 y más	32	5,0	55	8,6	87	13,6
Total	259	40,6	378	59,4	637	100,0

Fuente: informes endoscópicos

El diagnóstico más frecuente en la serie fue la gastritis (tabla 2), que representó 35,0 % de los pacientes estudiados, de los cuales 37,0 % eran del sexo masculino; seguido del reflujo duodeno-gástrico, con 21,5 % (24,0 % del sexo masculino), y la úlcera gastroduodenal, con 15,2 %, cuya mayoría correspondió al sexo femenino (15,6 %).

Tabla 2. Resultados endoscópicos según sexo

Diagnóstico endoscópico	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Duodenitis	27	10,4	39	10,3	66	10,3
Gastritis	97	37,4	126	33,3	223	35,0
Reflujo duodeno-gástrico	63	24,3	74	19,5	137	21,5
Ulcera péptica gastroduodenal	38	14,6	59	15,6	97	15,2
Hernia hiatal	19	7,3	35	9,2	54	8,4
Cáncer de esófago	1	0,3	1	0,2	2	0,3
Esofagitis	13	5,0	27	7,1	40	6,2
Cáncer de estómago	1	0,3	2	0,5	3	0,4
Otros diagnósticos	6	2,3	10	0,2	16	2,5
Sin alteraciones	7	2,7	5	1,3	12	1,8

Se relacionaron los principales síntomas y manifestaciones clínicas presentes en los pacientes (tabla 3), y se observó un predominio de la epigastralgia, con 62,9 %, seguida de la acidez, con 49,9 %.

Tabla 3. Principales manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	No.	%
Acidez	318	49,9
Náuseas	67	10,5
Vómitos	31	4,8
Epigastralgia	401	62,9
Aereogastria	97	15,2
Otros	119	18,6

Fuente: informes endoscópicos

En cuanto a los factores exógenos vinculados con las afecciones gastrointestinales (tabla 4), hubo una primacía de los malos hábitos nutricionales por el gran consumo grasas, harina, comidas muy condimentadas, con 81,3 %, y la ingestión de café, con 75,0 %; le siguieron las bebidas alcohólicas y los antiinflamatorios, con 65,4 y 47,7 %, respectivamente.

Tabla 4. Principales factores de riesgo asociados a enfermedades del aparato digestivo superior

Factores de riesgo	No.	%
Café	478	75,0
Alcohol	417	65,4
Hábitos tóxicos	Chimó	112 17,5
	Cigarrillo	103 16,1
Medicamentos antiinflamatorios	304	47,7
Malos hábitos nutricionales	518	81,3

Fuente: informes endoscópicos

DISCUSIÓN

Esta investigación fue ejecutada en una población donde no se colectaban estudios previos de incidencia y prevalencia de enfermedades digestivas, por lo que fue posible que los resultados revelaran una frecuencia diferente de las de otras regiones del mundo.

En un estudio⁵ hecho en el CDI Yagua (Estado Carabobo) se obtuvieron resultados similares en cuanto al predominio del sexo femenino y las edades de 45 a 59 años en pacientes intervenidos mediante endoscopia del tracto digestivo superior, lo cual pudo estar relacionado con la mayor disposición de las féminas para realizarse los exámenes.

La gastritis fue el hallazgo endoscópico más frecuente, lo que no se correspondió con la bibliografía médica sobre el tema que refiere a la úlcera duodenal como el hallazgo endoscópico más frecuente.⁸ Es apropiado señalar que 12 de los pacientes de este estudio no tuvieron diagnóstico endoscópico alguno.

Son variados los síntomas y signos que pueden aparecer en los pacientes con diagnóstico de una afección del aparato digestivo superior, de los cuales muchos autores en el ámbito mundial reconocen la dispepsia como uno de los predominantes.^{8,9} Los resultados de la casuística coinciden con lo obtenido en un estudio efectuado en un área de salud de la provincia de Santiago de Cuba y los resultados de una investigación llevada a cabo en Ghana, en los cuales predominó la epigastralgia.^{10,11}

Algunos autores¹² plantean la función de los hábitos nutricionales y el consumo de alcohol en las enfermedades gastrointestinales como la úlcera. En Colombia (en el departamento de Nariño), los doctores Beyoda y Yépez¹³ expusieron en su estudio de hábitos alimentarios y gastritis crónica atrófica que el consumo de alcohol, café y cigarrillos influyó en la aparición de la gastritis en los pacientes, lo cual coincide con los resultados de esta serie.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Feo O, Curcio P. La salud en el proceso constituyente venezolano. Rev Cubana Salud Pública. 2004 [citado 15 Sep 2011]; 30(2). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662004000200008&script=sci_arttext&tlang=pt
2. Rodríguez Morales JR. "Salud para todos" en Barrio Adentro. Rev Cubana Salud Pública. 2008 [citado 18 Sep 2011]; 34(2). Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol34_2_08/spu12208.htm
3. Briggs CL, Manzini-Briggs C. "Misión Barrio Adentro": Medicina social, movimientos sociales de los pobres y nuevas coaliciones en Venezuela. Salud colectiva. 2007 [citado 12 Oct 2011]; 3(2). Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652007000200005&script=sci_arttext&tlang=pt
4. Espejo Romero H, Vargas Cárdenas G. Pasado y presente de la endoscopia digestiva con especial referencia a la endoscopia peruana. Rev Gastroenterol Perú. 2005; 25(supl):30-57.

5. Fernández Mendoza LE, Corrales Castañeda Y. Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior. Centro de Diagnóstico Integral Yagua. 2007. Rev Med Electrón. 2009 [citado 22 Ago 2011]; 31(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242009000400006&lng=es&nrm=iso&tlang=es
6. Bejanda L, Cosme A, Muro N, Gutiérrez Stampa MA. Influencia del estilo de vida en la enfermedad por reflujo gastroesofágico. Med Clin (Barc). 2007; 128(14): 550-4.
7. Weitz JC, Berger Z, Sabah S, Silve H. Diagnóstico y tratamiento de enfermedades digestivas. 2 ed. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Gastroenterología; 2008. p. 87-132.
8. Taye M, Kassa E, Mengesha B, Gemechu T, Tsega E. Upper gastrointestinal endoscopy: a review of 10,000 cases. Ethiop Med J. 2004; 42(2): 97-107.
9. Montes Teves P, Salazar Ventura S, Monge Salgado E. Cambios en la epidemiología de la úlcera péptica y su relación con la infección por Helicobacter pylori. Hospital Daniel Carrión 2000-2005. Rev Gastroenterol Perú. 2007 [citado 16 Nov 2011]; 27(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1022-51292007000400007&script=sci_arttext
10. González Caballero CN, Reyte Solás G, Trujillo Arias D, Fabart Bolívar J. Morbilidad por úlcera gastroduodenal en un sector urbano. MEDISAN. 2008 [citado 16 Nov 2011]; 12(4). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol12_4_08/san06408.htm
11. Aduful H, Naaeder S, Darko R, Baako B, Clegg-Lamptey J, Nkrumah K, et al. Upper gastrointestinal endoscopy at the korle bu teaching hospital, accra, Ghana. Med J. 2007; 41(1): 12-6.
12. Álvarez Sintes R, Hernández Cabrera G, Báster Moro JC, García Núñez RD, Louro Bernal I, Céspedes Lantigua LA, et al. Temas de medicina general integral. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2008: T2. p. 230.
13. Bedoya A, Yépez Y. Hábitos alimentarios y gastritis crónica atrófica en el Departamento de Nariño. Rev Colomb Gastroenterol. 2000; 15(3): 165-9.

Recibido: 17 de febrero de 2012

Aprobado: 20 de marzo de 2012

Ana Esther Despaigne Biset. Policlínico Docente "José Martí Pérez", bloque L, Centro Urbano "José Martí", Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico:
ana.despaigne@medired.scu.sld.cu