

Descripción de la experiencia de endoscopia digestiva alta en el Centro de Medicina Familiar Vozandes Carapungo

Maura Carolina Urrutia ¹, Wilson Chicaiza-Ayala ², Mauricio Coronel ³



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Médico; Universidad Central del Ecuador.
2 Médico Familiar; Universidad de las Américas.
3 Médico Familiar; Clínicas de Medicina Familiar Vozandes.

Correspondencia: Dra. Maura Carolina Urrutia
E-mail: maucarolina@hotmail.com

Recibido: 26 - Febrero - 2016
Aceptado: 16 - Agosto - 2016

Palabras clave: Procedimientos endoscópicos, Endoscopia digestiva, Medicina familiar, Atención primaria en salud.

Forma de citar este artículo:

Urrutia MC, Chicaiza-Ayala W, Coronel M. Descripción de la experiencia de endoscopia digestiva alta en el Centro de Medicina Familiar Vozandes Carapungo. Rev Med Vozandes 2016; 27: 15 - 20.

Resumen

Contexto

La realización de procedimientos en centros de atención primaria juegan un rol importante en la resolución de problemas de salud especialmente en comunidades de bajos ingresos.

Objetivo

Describir los resultados de endoscopias digestivas altas y bajas realizadas en el Centro de Medicina Familiar Vozandes Carapungo.

Diseño

Estudio transversal de prevalencia.

Mediciones principales

Revisión de registros clínicos y reportes histopatológicos de las endoscopias digestivas realizadas entre enero de 2010 a agosto de 2015.

Resultados

Se estudiaron 1035 pacientes (edad media 44.3 ± 17.1 años; 33.8% hombres y 66.2% mujeres). Los motivos de consulta principales fueron dolor epigástrico (78.5%), dolor abdominal difuso (6.1%) y dispepsia (5.3%). Indicaciones adecuadas para el procedimiento endoscópico se encontraron en 90.4% pacientes, pero no hubo criterios reportados para endoscopia en 80% de los pacientes con dispepsia. Los hallazgos endoscópicos más frecuentes fueron gastropatía (85.2%), esofagitis (6.1%) y hernia hiatal (5.2%). De 1021 reportes histológicos, 95.6% fueron positivos para algún grado de gastritis y 0.5% presentaron malignidad. 78.9% de los reportes fueron positivos para *Helicobacter pylori*. Finalmente, la tasa de complicaciones durante el período observado fue de 0.48%.

Conclusiones

A fin de optimizar las indicaciones para realizar las endoscopias se necesita establecer un consenso preciso definido previamente. La tasa de complicaciones es comparable con otros estándares, pero la selección de pacientes debe ser revisada. Finalmente recomendamos estandarizar los reportes histopatológicos y las descripciones macroscópicas.

Key words: Endoscopic procedures, Digestive endoscopy, Family physician, Primary health care.

Abstract

Description of the experience in upper digestive endoscopy at the Medical Family Center Vozandes-Carapungo

Context

Procedures performed in primary care settings play an important role in solving healthcare needs especially in low income communities.

Objective

To describe the results of upper digestive endoscopy performed at Centro de Medicina Familiar Vozandes Carapungo.

Design

Cross sectional study.

Main measurements

Clinical data and histopathological reports from endoscopies performed between January 2010 to August 2015.

Results

1035 patients (33.8% male, 66.2% female; 44.3 ± 17.2 years old) were studied. Main consult complains were epigastric pain (78.5%), diffuse abdominal pain (6.1%) and dyspepsia (5.3%). Appropriate indications for the procedure were found in 90.41% of the individuals, but there was not reported criteria for endoscopy in 80% of patients with dyspepsia. The most frequent endoscopic findings include gastropathy (85.2%), esophagitis (6.1%) and hiatus herniation (5.2%). Out of 1021 histopathological reports, 95.6% were positive for gastritis (diverse grade) and 0.5% for malignancy. 78.9% were Helicobacter Pylori positive. Finally, complications rate was 0.48% in all period of time observed.

Conclusion

In order to optimize endoscopic procedures indications, it is needed to establish precise consensus previously defined. Complications rate is comparable with other standards, but the selection of patients to perform the procedure should be revised. Finally, we recommend to standardize histopathological and macroscopic reports.

Introducción

El diagnóstico oportuno de patologías gastrointestinales prevalentes como gastritis, úlceras gástricas, cáncer gástrico y otras se ha visto apoyada fundamentalmente por la exploración a través de endoscopia digestiva ^{1, 2}. Brindar servicios de endoscopia digestiva en unidades de atención primaria, realizado principalmente por médicos de familia, tiene algunas características que merecen mencionarse. Así, la endoscopia en atención primaria parece ser un procedimiento seguro, debido probablemente a una cuidadosa selección

de los casos y mínima sedación intravenosa ^{3, 4}. Los diagnósticos simples en endoscopia pueden realizarse de forma confiable, permitiendo de esta manera que las unidades de mayor nivel de complejidad concentren a pacientes que requieran sedación, los gravemente enfermos y aquellos quienes requieran procedimientos terapéuticos ^{3, 4}. Es importante reconocer que la utilidad de la endoscopia digestiva alta (EDA) en menores de 18 años tiene poco rendimiento diagnóstico y por lo tanto no se debería realizar. Las indicaciones deben ser consideradas y

evaluadas críticamente por los pediatras, con el fin de prevenir la exposición a riesgos, bajos pero existentes, inherentes al procedimiento endoscópico y a la sedación [5].

Existen diferentes apreciaciones respecto a la frecuencia de cáncer gástrico tanto a nivel mundial como en el país. Según la OMS la esperanza de vida en Ecuador es de 76 años; el ranking de mortalidad (período 2000-2010) según tipos de cáncer es en hombres: estómago, próstata y pulmón, en ese orden; mientras que en mujeres es: estómago, mama e hígado [6]. En un estudio reciente realizado por Fock et al, el cáncer gástrico fue el quinto cáncer más común, pero el tercero como causa de muerte por cáncer, con una tasa de letalidad es del 75% [7]. En nuestro país, este tipo de cáncer ha permanecido durante tres décadas entre las 10 primeras causas de muerte. En los 25 años de registro que tiene SOLCA, hay una sostenida tendencia a bajar la tasa de incidencia desde 30.4 a 21.6 casos por cada 100000 hombres y de 20.1 a 14.8 por cada 100000 mujeres, entre los años de 1985 y 2010, es decir, una tendencia que es constante en la mayoría de países del mundo [6].

Dentro de la evaluación endoscópica se debe hacer énfasis en identificar lesiones premalignas consideradas como precursores del desarrollo de cáncer gástrico como: gastritis atrófica, metaplasia intestinal, displasia gástrica y pólipos hiperplásicos [8, 9]. Las principales causas de gastritis atrófica crónica y atrofia gástrica suelen ser: autoinmune debido a anemia perniciososa o infección crónica por *Helicobacter pylori*, que en su mayoría son condiciones clínicas silenciosas [8].

Aunque en algunos casos la sintomatología digestiva está relacionada con una enfermedad grave que se beneficia de la endoscopia, los motivos más frecuentes de consulta se generan por enfermedad funcional con una elevada tendencia a cronificarse y un escaso beneficio de la derivación [10, 11]. Pacientes de atención primaria con síntomas de dispepsia y sin signos de alarma rara vez tienen graves condiciones subyacentes en la endoscopia. Los costos asociados con el diagnóstico de una neoplasia oculta son grandes, pero definir una edad de 50 años para la endoscopia temprana proporciona la mejor garantía de que una neoplasia oculta pueda ser detectada [12, 13].

Además, se debería evaluar cuidadosamente los criterios de derivación para la realización de endoscopia digestiva alta en los pacientes con dispepsia, considerando únicamente a los pacientes mayores de 55 años con síntomas de reciente aparición, pacientes menores de 55 años con mala respuesta a tratamiento de 4 semanas con inhibidores de la bomba de protones, pacientes menores de 55 años con síntomas rápidamente recurrentes (más de 3 episodios en 6 meses), pacientes en tratamiento con AINEs que se encuentran sintomáticos a pesar de retirada de AINEs y tratamiento adecuado con inhibidores de la bomba de protones; pacientes sintomáticos (con o sin tratamiento previo) que presenten síntomas de alarma [11]. Los estudios que han evaluado el nivel de adecuación de las endoscopias según los criterios de la American Society of Gastrointestinal Endoscopy y del European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy no han encontrado diferencias entre atención primaria y nivel hospitalario [14, 15].

Debido a la creciente necesidad de realizar procedimientos endoscópicos diagnósticos, se requiere brindar a la población mayores facilidades de acceso a los mismos, y por lo tanto contar con médicos capacitados en unidades de atención primaria. Los médicos familiares son quienes tienen la capacidad de prestar una atención integral a los pacientes, pero en Ecuador muy pocos realizan endoscopías e incluso menos evalúan sus resultados con una correlación entre endoscopia e histopatología; por lo tanto, pocos centros de atención primaria ofertan este servicio. Este estudio tuvo como objetivo describir los resultados de endoscopias digestivas altas y bajas realizadas por médicos familiares en el Centro de Medicina Familiar Vozandes Carapungo de la ciudad de Quito.

Sujetos y métodos

Se realizó un estudio transversal de prevalencia de período, basado en los informes de hallazgos encontrados en los procedimientos de endoscopia digestiva alta y los subsiguientes informes histopatológicos, realizados en el Centro de Medicina Familiar Vozandes de Carapungo (Quito, Ecuador), entre enero de 2010 y agosto de 2015. El protocolo fue aprobado por el comité revisor institucional del Hospital Vozandes.

El procedimiento endoscópico en todos los casos fue realizado con objetivos diagnósticos, por médicos familiares con entrenamiento en endoscopia digestiva alta en adultos. El equipo utilizado fue un video gastroscopio Olympus GIF TYPE 2T100, que cuenta con un tubo de inserción y canal de biopsia. Los procedimientos se realizaron bajo consentimiento del paciente o persona legalmente responsable, conforme práctica habitual. Después de la inserción de un acceso venoso, bajo sedación con midazolam y anestesia local con lidocaína tópica, con monitorización de signos vitales y saturación de oxígeno permanente. Todos los procedimientos fueron asistidos por una enfermera o auxiliar de enfermería.

Para el estudio se recolectó información sobre datos demográficos, el motivo de consulta que determinó la indicación para efectuar la endoscopia, calificando su idoneidad conforme las recomendaciones del *European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy*; los hallazgos macroscópicos descritos en el informe endoscópico y los hallazgos microscópicos del estudio histopatológico, presencia de *Helicobacter pylori* y complicaciones del procedimiento.

Los datos fueron analizados mediante estadística descriptiva mediante los paquetes estadísticos Epi Info 7 y Smith's Statistical Package.

Resultados

Se analizó un total de 1035 pacientes, 33.8% (n=350) de sexo masculino y 66.2% (n=685) de sexo femenino, con edad promedio de 44.3 ± 17.2 años (rango: 14 – 89 años); **tabla 1**. La cantidad de pacientes sometidos al procedimiento endoscópico tuvo variaciones anuales con una marcada disminución en los dos últimos años: 2010 (17.39%), 2011 (23.48%), 2012 (20.68%), 2013 (19.71%), 2014 (13.04%) y 2015 (5.7%); **figura 1**. Durante el período de estudio, los procedimientos fueron realizados por tres médicos familiares en distintos momentos: médico-1 (59.9%), médico-2 (28.9%), médico-3 (11.2%).

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupos de edad y sexo.

Edad	Total (%)	Hombres	Mujeres
Menor de 18 años	23 (2.2)	5	18
18 a 41 años	466 (45.2)	173	293
42 a 65 años	395 (38.3)	125	270
Mayores de 65 años	148 (14.3)	47	101

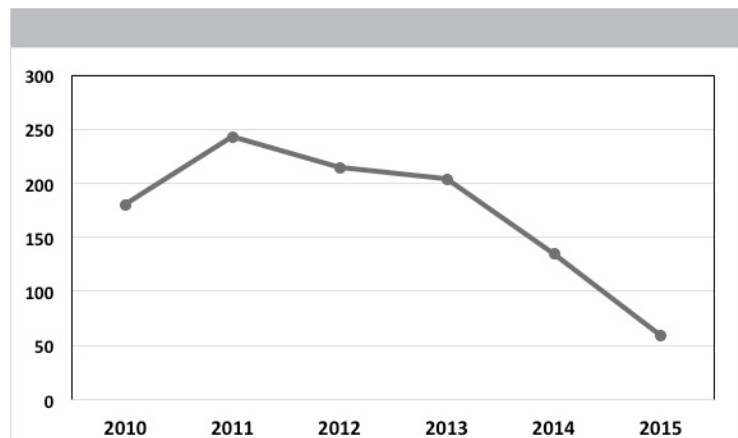


Figura 1. Número de procedimientos anuales de endoscopia digestiva alta realizados en el Centro de Medicina Familiar Vozandes en Carapungo.

Los motivos de consulta que determinaron la endoscopia fueron epigastralgia (n=814; 73.40%), dolor abdominal no especificado (n=66, 5.95%), síntomas de dispepsia (n=63; 5.68%), síntomas de reflujo gastroesofágico (n=41; 3.70%) y síntomas de sangrado digestivo (n=37; 3.34%). Con menor frecuencia se identificaron endoscopías para control de *Helicobacter pylori* (n=18), antecedentes de gastritis o úlcera (n=15), pérdida de peso del paciente (n=14), disfagia (n=8), anemia (n=6), distensión abdominal (n=5), chequeo preoperatorio (n=3) y dolor torácico (n=2). Hubo otros 14 motivos diferentes y en tres casos no constaba el registro del motivo para efectuar la endoscopia. En el 90.4% de las ocasiones las indicaciones para efectuar la endoscopia fueron adecuadas, pero en el 80% de los pacientes que sufrían de dispepsia se desconoce si se cumplieron los criterios establecidos para realizar el procedimiento.

De los procedimientos efectuados fue posible encontrar 1034 informes con los hallazgos macroscópicos de la endoscopia y los diagnósticos más frecuentes fueron: gastropatía (n=1004, 71.77%), esofagitis (n=108, 7.72%), hernia hiatal (n=74; 5.29%), duodenitis (n=48, 3.43%), úlcera péptica (n=32; 2.29%), reflujo gastroesofágico (n=32, 2.29%), insuficiencia gastroesofágica (n=30; 2.14%) y otros: masa tumoral (n=21), reflujo biliar (n=19), esófago de Barret (n=12), problemas en cuerdas vocales (n=2), síndrome de Mallory Weiss (n=1), estenosis esofágica (n=1), pliegue pilórico prominente (n=1) y el resto no tuvieron un diagnóstico macroscópico.

En la revisión de los reportes de histopatología, 14 pacientes no contaban con el mismo; de los 1021 restantes hubo dos muestras no procesadas debido a insuficiente material tisular en la placa y 35 endoscopías con reporte de normalidad en el diagnóstico histopatológico. Los reportes más frecuentes en el período fueron gastritis crónica moderada (n=381; 19.97%), gastritis crónica leve (n=377; 19.76%), lesiones premalignas y malignas (n=289; 15.15%), gastritis crónica severa (n=228; 11.95%), signos de gastritis química (n=132; 6.92%), duodenitis (n=41; 2.15%), esofagitis (n=39; 2.04%); en contados casos se reportó otras gastritis y úlcera péptica (n=3), reflujo gastroesofágico (n=6), esófago de Barret (n=7).

De los diagnósticos de gastritis el 31.31% tuvieron descripción de características foliculares. De los 1035 pacientes realizados endoscopia el 2.42% (n=25) no tenían reporte de *Helicobacter pylori*, en 18.65% (n=193) el resultado fue negativo y en 78.94% (n=817) fue positivo. De los 16 pacientes que consultaron por síntomas de sangrado digestivo el 12.5% presentó úlcera péptica. Se evidenció la presencia de gastropatía en 1001 endoscopías y en las muestras examinadas de este grupo de pacientes se encontró un 27.6% de lesiones premalignas o cáncer.

La tasa de complicaciones fue del 0.48% (n=5); en tres casos no se pudo realizar la endoscopia. Los falsos negativos correspondieron al 0.77% y los falsos positivos al 3.38%.

Discusión

En 1976, se creó el departamento de Desarrollo Comunitario Vozandes, como parte de la actual Cooperación Reach-Beyond, que responde a las comunidades necesitadas en el Ecuador, facilitando el desarrollo de infraestructura sanitaria y el mejoramiento de las condiciones de salud de su gente, con un equipo nacional e internacional de profesionales cristianos

distribuidos en el hospital y en las unidades de atención primaria en salud. En 1996 se creó el Centro de Medicina Familiar Vozandes en Carapungo, que es un sector de la parroquia de Calderón, al Noreste de la ciudad de Quito, con una alta densidad poblacional al ser uno de los polos de desarrollo donde puede crecer y expandirse la ciudad. El servicio de endoscopia digestiva alta de esta unidad operativa se inició como parte del proyecto de las Clínicas de Medicina Familiar Vozandes con el auspicio de múltiples organizaciones que proporcionaron equipamiento y entrenamiento. Una ventaja es que esto permite mantener el control del paciente por el médico de atención primaria, que usualmente se encuentra capacitado para tratar estos trastornos con la misma eficiencia que lo puede hacer un gastroenterólogo^[15]. No obstante, en el período investigado, se ha notado una disminución progresiva del número de procedimientos realizados a consecuencia de la creación de un hospital público de tercer nivel de atención en el mismo sector, la reducción de profesionales que realizan el procedimiento y por daños en el equipo.

Se consideran tres estrategias para optimizar el uso de endoscopia en atención primaria: poner en marcha unidades de endoscopia en atención primaria, incrementar la oferta de endoscopías para ajustarla a la demanda y, finalmente, establecer indicaciones precisas en función de criterios definidos. En este sentido, en nuestro medio, las exploraciones que se adecuan a los criterios del *European Panel on the Appropriateness of Gastrointestinal Endoscopy* no tienen mayor rendimiento diagnóstico que las inadecuadas^[14, 15].

Evaluar la pertinencia en la indicación de una endoscopia es fundamental, pero se carece de datos suficientes que permitan confirmar el correcto uso del procedimiento en pacientes con dispepsia; además, existen métodos sumamente sencillos y a bajo costo para confirmar la erradicación de *Helicobacter pylori*^[17].

La recomendación de no realizar endoscopia digestiva alta en menores de 18 años está fundamentada en una evaluación crítica con el fin de ampliar la producción diagnóstica y disminuir la exposición a riesgos, ya que la producción diagnóstica es baja. El principal motivo de consulta fue epigastralgia comparable con los resultados de otros trabajos sobre el tema. En un intento de eliminar la confusión diagnóstica, el Sistema de Sydney proporciona el marco para una descripción estandarizada de la gastritis crónica, que no sólo se limita a categorías etiológicas, siendo útil en la investigación clínico-patológica y ofreciendo una base sólida para el diagnóstico^[18, 19]. El sistema de Sydney, utilizado a nivel internacional, tiene componentes histológicos que combinan información topográfica, morfológica y etiológica; por lo tanto, la introducción de la clasificación de Sydney en asociación con *H. pylori* y otras variables, ha mejorado el conocimiento y la reproducibilidad de la clasificación de la gastritis^[18]. Al no haber adoptado un sistema estandarizado de registro de información en la unidad operativa, se encontró divergencia y datos incompletos, lo que dificultó la investigación realizada.

La endoscopia digestiva alta es un procedimiento que se realiza con frecuencia y conlleva un bajo riesgo de

eventos adversos. Grandes series reportan tasas de eventos adversos de 1 en 200 hasta 1 en 10000; y, tasas de mortalidad que van de cero a 1 en 2000, datos equivalentes a los hallados en este estudio. Las complicaciones fueron en pacientes mayores de 65 años, donde tres de las cinco ocasiones documentadas se suscitaron en este grupo etario.

En conclusión, a fin de optimizar las indicaciones para realizar las endoscopias en la unidad operativa se necesita establecer un consenso preciso definido previamente. La tasa de complicaciones es mínima, pero la selección de pacientes debe ser revisada. Finalmente es recomendable estandarizar los reportes histopatológicos y las descripciones macroscópicas.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Agradecimiento

Al personal del Centro de Medicina Familiar Vozandes Carapungo

Financiamiento

Estudio financiado con fondos propios de los autores.

Contribuciones de los autores

Los autores declaran haber contribuido de forma similar en la realización del estudio y redacción del manuscrito.

Presentaciones previas

Este estudio fue presentado durante las Jornadas Médicas Vozandes 2016 y fue calificado como ganador del concurso de temas libres.

Referencias

- Rizk MK, Sawhney MS, Cohen J, Pike IM, Adler DG, Dominitz JA, et al. Quality indicators common to all GI endoscopic procedures. *Gastrointest Endosc* 2015; 81: 3-16.
- Early DS, Ben-Menachem T, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, Fisher DA, et al. Appropriate use of GI endoscopy. *Gastrointest Endosc* 2012; 75: 1127-31.
- Galloway JM, Gibson J, Dalrymple J. Endoscopy in primary care — a survey of current practice. *Br J Gen Pract* 2002; 52: 53-38.
- Walker T, Deutchman M, Ingram B, Walker E, Westfall JM. Endoscopy training in primary care: innovative training program to increase access to endoscopy in primary care. *Fam Med* 2012; 44: 171-77.
- Gómez Zuleta MA, Ruiz Morales OF, Riveros J. Utilidad de la endoscopia digestiva alta diagnóstica en pacientes menores de 18 años. *Rev Col Gastroenterol* 2014; 29: 112-16.
- Organización Panamericana de la Salud. *Cáncer en las Américas. Indicadores Básicos 2013*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013.
- Fock KM. The epidemiology and prevention of gastric cancer. *Aliment Pharmacol Ther* 2014; 40: 250-60.
- Kapadia CR. Gastric atrophy, metaplasia, and dysplasia: a clinical perspective. *J Clin Gastroenterol* 2003; 36 (5 Suppl): S29-36.
- Evans JA, Chandrasekhara V, Chathadi K V, Decker GA, Mrcp M, Early DS, et al. The role of endoscopy in the management of premalignant and malignant conditions of the stomach. *Gastrointest Endosc* 2015; 82: 1-8.
- van den Heuvel-Janssen HAM, Borghouts JA, Muris JWM, Koes BW, Bouter LM, Knottnerus J. Chronic non-specific abdominal complaints in general practice: a prospective study on management, patient health status and course of complaints. *BMC Fam Pract* 2006; 7 (1): 12.
- Dacal Rivas A, Quintas Lorenzo P, Francisco González M, Cubiella Fernández J, Alonso Docampo MN, Fernández Seara J. Efecto de la implantación de un programa de mejora de la capacidad resolutoria de atención primaria en la adecuación y la demora de las exploraciones endoscópicas. *Gastroenterol Hepatol* 2011; 34: 254-61.
- Vakil N, Talley N, van Zanten SV, Flook N, Persson T, Björck E, et al. Cost of detecting malignant lesions by endoscopy in 2741 primary care dyspeptic patients without alarm symptoms. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 756-61.
- Laheij RJ, Hermsen JT, Jansen JB, Horrevorts AM, Rongen RJ, Van Rossum LG, et al. Empirical treatment followed by a test-and-treat strategy is more cost-effective in comparison with prompt endoscopy or radiography in patients with dyspeptic symptoms: a randomized trial in a primary care setting. *Fam Pract* 2004; 21: 238-43.
- Fernández-Esparrach G, Gimeno-García AZ, Llach J, Pellisé M, Ginès À, Balaguer F, et al. Recomendaciones de utilización de la endoscopia: análisis de la probabilidad de encontrar lesiones significativas en los pacientes procedentes de la atención extrahospitalaria. *Med Clin (Barc)* 2007; 129: 205-08.
- American Society for Gastrointestinal Endoscopy. ASGE guidelines for clinical application. Establishment of gastrointestinal endoscopy areas. *Gastrointest Endosc* 1999; 50: 910-12.
- Axon ATR, Bell GD, Jones RH, Quine MA, McCloy RF. Guidelines on appropriate indications for upper gastrointestinal endoscopy. *Br Med J* 1995; 310: 853-56.
- Wang YK, Kuo FC, Liu CJ, Wu MC, Shih HY, Wang SS, et al. Diagnosis of *Helicobacter pylori* infection: current options and developments. *World J Gastroenterol* 2015; 21: 11221-35.
- Pruthi S, Nirupama M, Chakraborti S. Evaluation of gastric biopsies in chronic gastritis: grading of inflammation by Visual Analogue Scale. *Med J DY Patil Univ* 2014; 7: 463-67.
- Valdivia Roldán M. Gastritis y gastropatías. *Rev Gastroenterol Perú* 2011; 31 (1): 38-48.