

**Facultad de Ciencias Médicas Celia Sánchez Manduley.**

**Diagnóstico endoscópico en pacientes con trastornos dispépticos en el ASIC "Ernesto Guevara". Miranda. Falcón. Venezuela.**

**Endoscopic diagnosis in patients with dispeptic disorders at Ernesto Guevara CIHA. Miranda Falcón. Venezuela.**

*Kenia Rodríguez Blanco*

**Resumen**

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el Área de Salud Integral Comunitaria "Ernesto Che Guevara" del Municipio Miranda, Estado Falcón, de la República Bolivariana de Venezuela, de enero a julio de 2009, con el objetivo de caracterizar los pacientes diagnosticados con trastornos dispépticos por medios de estudios endoscópicos. El universo y la muestra a investigar quedaron constituidos por todos los pacientes de 16 años y más, de ambos sexos, con síntomas y signos de enfermedad digestiva, remitidos al servicio de endoscopia del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC) "Ernesto Guevara", donde se les realizó el estudio endoscópico, previo consentimiento informado. Para la realización del mismo se realizaron los informes endoscópicos de los pacientes y las hojas de cargo, donde se recopilaron los datos necesarios para realizar la investigación, y los resultados obtenidos se representan en números y porcentajes mediante tablas. Se concluye que predominó el grupo etáreo entre los 46-55 años, el principal motivo de consulta fue la epigastralgia, los hábitos tóxicos que predominaron fueron el café seguido del alcohol; las enfermedades óseas y la hipertensión arterial alcanzaron valores elevados en los antecedentes y la gastritis, la duodenitis y la hernia hiatal fueron las lesiones mayormente diagnosticadas por endoscopia.

**Descriptor DeCS: ENDOSCOPIA/métodos; ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO/ diagnóstico; DISPEPSIA/ diagnóstico**

**Abstract**

A retrospective descriptive transversal study was performed in order to characterize the patients diagnosed with dyspeptic disorders through endoscopical studies at "Ernesto Che Guevara Communitarian Integral Health Area in Miranda municipality, Falcon State, Bolivarian Republic of Venezuela, from January to July, 2007. The universe and the sample were made by all the patients that were 16 years or older, of both sexes, with symptoms and signals of a digestive disease, who were sent to the endoscopy service of the Communitarian Integral Health Area (CIHA) where an endoscopical research was performed to the patients, with previous consent. To develop this research, endoscopical reports of the patients and charge sheets were performed where it was

saved the necessary data for the research and the obtained results, represented in numbers and percentages through tables. To conclude it was stated that the etarian group of people who were among the ages of 46 and 55 years old prevailed and the main consult reasons were: the epigastralgia and toxic habits, where coffee and alcohol prevailed. Besides, osseous diseases and arterial hypertension reached high figures in the antecedents and injures that were diagnosed by the endoscopy with a bigger frequency were: gastritis, duodenitis and hiatus hernia.

**KEY WORKS: ENDOSCOPY/methods; DIGESTIVE SYSTEM DISEASES/diagnosis; DYSPEPSIA/diagnosis.**

## **Introducción**

La endoscopia digestiva alta es probablemente el procedimiento diagnóstico más solicitado en gastroenterología, dada la alta prevalencia de síntomas como dispepsia o los derivados del reflujo gastroesofágico. Se ha llegado a estimar que aproximadamente el 1% de la población general pueden requerir una endoscopia digestiva anual. Un informe recién emitido en Estados Unidos por British Society of gastroenterology, establece que en unidades de endoscopia de acceso abierto la demanda de endoscopia digestiva alta es de 15 exploraciones por 1000 habitantes por año, lo que representa 3750 procedimientos al año para una unidad de endoscopia con un área de referencia de 250.000 habitantes. <sup>(1,3)</sup>

Durante los últimos años se han implantado progresivamente unidades de endoscopia digestiva de acceso abierto en países como Inglaterra, Suiza, Italia EEUU, con la intención de evitar el retraso en el diagnóstico endoscópico, disminuir la demanda de consultas con el especialista y mantener el control del manejo de procesos sencillos por parte del médico de la atención primaria. <sup>(2)</sup>

Es incuestionable el salto de calidad que ello implica, y la satisfacción que genera esta transformación, sin contar el ahorro de tiempo y recursos que entraña. Sólo en materia de transportación se reducen los costos para el país y para las personas, por los miles de casos que ahora podrán resolver su problema cerca del hogar, aumentando la velocidad del conocimiento del diagnóstico, rapidez en la aplicación del tratamiento e interconsulta con el gastroenterólogo de ser necesario. Al disponer ahora de un nuevo equipamiento en más unidades, se mejora la situación que se presentaba con el elevado índice de roturas derivado de la sobreexplotación de los existentes hace un tiempo atrás en la atención secundaria. <sup>(8, 9, 2, 4)</sup>

Además permite mantener el control del paciente por el médico de atención primaria que se encuentra capacitado para tratar estos trastornos con la misma eficacia que lo puede hacer un gastroenterólogo. <sup>(5)</sup>

En Cuba, previo al inicio de la práctica de la endoscopia digestiva alta en el área de salud, se instruyó a los médicos de atención primaria a través de un curso de

orientación continuada en patología del aparato digestivo. La utilización y la repercusión de la endoscopia como método diagnóstico nuevo en la Atención Primaria de Salud (APS), el cual permite realizar un rápido diagnóstico de la esofagitis por reflujo, úlcera gastroduodenal, gastroduodenitis, hernia hiatal, pólipos digestivos, neoplasia gástrica, entre otros, se gana en conocimiento sobre el comportamiento de las enfermedades digestivas diagnosticadas por vía endoscópica. Con los resultados del mismo se puede estimular el desarrollo de nuevas técnicas y procedimientos que permitan el perfeccionamiento y la elevación del grado de atención y satisfacción de los pacientes sobre el servicio prestado en la atención primaria de salud. <sup>(14)</sup>

Actualmente Cuba pone en marcha el proyecto Revolución, donde servicios como estos se realizan en centros de salud muy cercanos a la comunidad, esta conducta se justifica, porque es en la comunidad donde ocurre la mayor parte de los sucesos que repercuten sobre la salud de los individuos, la familia y la población en general. Es por tanto, a este nivel donde deben brindarse las soluciones a los principales problemas de salud. <sup>(15, 16, 17)</sup>

Al comenzar a investigar este tema la autora considera que el área de salud será de gran importancia, por la carencia de trabajos anteriores al respecto y el desconocimiento de las principales enfermedades digestivas que influyen en la salud de los pacientes, que faciliten no solo el diagnóstico por estudios endoscópicos y la curación de sus enfermedades, sino, que de forma intersectorial y multidisciplinaria posibiliten evitar que sufran de afecciones prevenibles, con el objetivo de determinar los factores de riesgo que con más frecuencia se presentaron en esa población, lo cual permitirá conocer realmente la magnitud del problema y actuar sobre sus factores de riesgo a través de una adecuada labor de promoción y prevención de salud encaminada a disminuir su incidencia y los aspectos adversos que esta provoca una vez que se presenta. Por lo que se propone el siguiente objetivo: caracterizar los pacientes diagnosticados por estudio endoscópico en el ASIC "Ernesto Guevara". Miranda. Falcón. Venezuela. En período comprendido de enero a julio del 2009.

### Diseño Metodológico.

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, en el ASIC "Ernesto Che Guevara" del Municipio Miranda, Estado Falcón, de la República Bolivariana de Venezuela, de enero a julio de 2009, con el objetivo de caracterizar las enfermedades diagnosticadas por estudio endoscópico.

- Universo y Muestra: Estuvieron constituidos por todos los pacientes de 15 años y más, de ambos sexos, con síntomas y signos de enfermedad digestiva, remitidos al servicio de endoscopia al ASIC “Ernesto Guevara”, donde se les realizó el estudio endoscópico, previo consentimiento informado.

#### Criterios inclusión.

- Pacientes de 15 años y más.
- Síntomas y signos referidos al tracto digestivo superior (esófago, estómago y duodeno).
- Antecedentes de haber sido operado del segmento digestivo superior, ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), hepatopatías crónicas.
- Pacientes con sospecha radiológica de patología del segmento digestivo superior y síntomas dispépticos.
- Conformidad del paciente, para participar en la investigación.

#### Criterios de exclusión

- Pacientes que se nieguen a realizarse el estudio el estudio.
- Pacientes en los que está contraindicada la realización de la endoscopia según normas cubanas e internacionales de gastroenterología (Infarto miocardio reciente, enfermedad-respiratoria agudo, retraso mental severo, deformidad de la columna cervical marcada, epilépticos sin tratamiento o con crisis reciente.
- Pacientes menores de 15 años de ambos sexos.
- Embarazadas de más de 20 semanas.

#### Métodos

Se hizo uso de los modelos investigativos cuantitativos y cualitativos, expresados en el sistema de métodos teóricos y empíricos, que permitieron la triangulación metodológica de la información obtenida.

Posibilitaron el análisis documental de las fuentes bibliográficas relacionadas con las bibliografías utilizadas.

Se realizó una revisión bibliográfica y documental relacionada con las enfermedades digestivas por diagnóstico endoscópico, en el ámbito local, nacional e internacional a través de Internet, sobre las principales enfermedades digestivas diagnosticadas por este proceder, se revisó los informes endoscópicos de los pacientes (Anexo 1), hojas de cargo (anexo 2), donde se recopilaron los datos necesarios para realizar la investigación.

Procedimientos estadísticos.

- Se utilizaron los números absolutos y porcentos para resumir la información; plasmados en tablas para su mejor comprensión.

Consideraciones éticas

El estudio está justificado desde el punto de vista ético, ya que se efectuó conforme a los principios establecidos en la declaración de Helsinki que se adaptan a esa investigación. <sup>(18)</sup>

### **Discusión de los resultados.**

Desde junio del 2005 comenzaron los servicios de endoscopia superior en el área de salud integral Ernesto Che Guevara del Municipio Miranda, Estado Falcón, por lo que decidimos estudiar los primeros 7 meses del año 2009 en el que acudieron al centro un total de 610 pacientes solicitando estudios del tracto digestivo superior, de ellos incluimos en el presente trabajo 565, cuya distribución según la edad se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1. Distribución según edad y sexo de los pacientes estudiados endoscópicamente. Área de Salud Integral Ernesto Che Guevara. Enero-Julio 2009.**

<b>Grupos de</b>	<b>Masculino</b>	<b>%</b>	<b>Femenino</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
------------------	------------------	----------	-----------------	----------	--------------	----------

<b>edades</b>						
16-25 años	44	7.78	43	7.61	87	15.39
26-35 años	39	6.90	72	12.74	111	19.64
36-45 años	49	8.67	42	7.43	91	16.13
46-55 años	70	12.38	109	19.29	179	31.68
56-65 años	15	2.65	35	6.19	50	8.84
66 y más	9	1.50	38	6.72	47	8.31
<b>Total</b>	<b>226</b>	<b>39.97</b>	<b>339</b>	<b>59.98</b>	<b>569</b>	<b>99.99</b>

**Fuente:** Hoja de cargo Informe endoscópico.  
**N = 565**

En la tabla 1 observamos que los pacientes afectados se enmarcaron con mayor predominio por el grupo de 46-55 años con 179 pacientes representando el 31.68%, seguido por el grupo de 26-35 años 111 pacientes para 19.64 %. Con respecto sexo, predominó el sexo femenino con 339 pacientes para 59.64%. Estos resultados no coinciden con estudios realizados en España, donde la edad promedio fue la de 40 a 45 años; aunque estudios epidemiológicos extensos en Europa plantean que la incidencia aumenta con la edad. <sup>(8)</sup>

A criterios del autor, esto puede estar muy relacionado con los hábitos higiénicos dietéticos además, en Venezuela por lo general las personas laboran lejos de sus lugares de residencia, por lo que tienen la necesidad de alimentarse de forma rápida por su sustento, utilizando comedores populares, ingiriendo meriendas, por lo general con excesos en el consumo de carbohidratos, grasa poliinsaturadas y otros agentes irritantes del sistema digestivo que son los causantes de la enfermedad y del desarrollo de sus síntomas. <sup>(5)</sup>

Además pudiera estar relacionado con la mejor capacidad de enfrentar estos exámenes desde el punto de vista psicológico por parte de las personas de mayor edad, y el sexo femenino, no siendo igual para el sexo masculino y los jóvenes, como lo muestran estudios realizados por otros autores <sup>(7)</sup>, resultados similares se obtuvieron en estudios realizados en Cuba en los hospitales Piti Fajardo <sup>(5)</sup> y Juan Manuel Márquez. <sup>(6)</sup>

**Tabla 2. Principales manifestaciones clínicas presentes en los pacientes estudiados.**

<b>Principales</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
--------------------	--------------	----------

<b>manifestaciones clínicas</b>		
Epigastralgia	529	93.63
Pirosis	26	4.60
Acidez	489	86.55
Vómitos	19	3.36
Náuseas	21	3.72
Regurgitaciones	52	9.20
Plenitud gástrica	21	3.72
Aerogastria	29	5.13
Hipo	2	0.35
Digestiones lentas	487	86.19

**Fuente: Informe endoscópico.  
N = 565**

En la tabla 2 se muestran los principales síntomas referidos como motivo de consulta en los pacientes objeto de estudio. La epigastralgia es el síntoma que prevaleció con 529 casos para 93.63 %, le sigue la acidez con 489 casos para un 86.55%, además se puede apreciar que la mayoría de los pacientes tuvieron varios síntomas, y el hipo fue el que menos frecuente estuvo con dos casos para un 0.35%.

Estos datos coinciden con los resultados obtenidos por varios autores cubanos como Piñol JF (10) en estudios similares al igual que en España Molero X y Col. (2); donde la epigastralgia y la acidez son las principales causas de consultas a los facultativos de atención de enfermedades digestivas.

La autora considera que estos dos síntomas están presentes en casi todos los pacientes, o están referidos por ellos, porque estos restan importancia ocasionalmente a síntomas menos molestos y transitorios como el hipo o las digestiones lentas, lo cual hace prevalecer a los que se muestran con anterioridad coincidiendo también con otros estudios en Venezuela, específicamente en el estado Táchira donde se expresa la tendencia a prevalecer estos dos síntomas. <sup>(16)</sup>

**Tabla 3. Antecedentes personales referidos.**

<b>Antecedentes personales</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Hipertensión arterial	159	28.14
Cardiopatía isquémica	12	2.12
Insuficiencia cardíaca	21	3.72

Diabetes mellitas	56	9.91
Asma bronquial	13	2.30
Hipertiroidismo	6	1.06
Hipotiroidismo	2	0.35
Epilepsia	6	1.06
Enfermedades óseas	219	38.76
Otros	12	2.12

**Fuente: Informe endoscópico.**

**N = 565**

Al analizar la tabla No. 3 donde se muestran los antecedentes personales se observa que tuvieron mayores valores las enfermedades óseas con 219 casos para un 38.76%, le sigue el orden de la hipertensión arterial con 159 casos para un 28.14%.

La investigadora considera de suma importancia los datos obtenidos en este acápite, pues a su criterio esto se relaciona en primer lugar con un grupo de edades que predomina en el estudio, y en segundo lugar con el consumo de medicamentos como los analgésicos y los antiinflamatorios, que con mucha frecuencia son ordenados por facultativos o por autoconsumos de los pacientes ante patologías óseas, al igual que con los medicamentos que se utilizan para el control de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

Estos resultados no se contradicen con los obtenidos por diferentes autores revisados en la bibliografía como los estudios de los hospitales Piti Fajardo <sup>(15)</sup> y Juan Manuel Márquez <sup>(16)</sup> en Cuba y Coll Monegal S en Barcelona <sup>(1)</sup>, donde se recopilan datos muy similares.

Esta serie de padecimientos, expuso el doctor Rúgeles, afectan el buen funcionamiento del aparato intestinal y por lo tanto una de sus funciones más importantes: el proceso de digestión, distribución y absorción de casi todos los nutrientes vitales del organismo, lo cual puede traer consigo diferentes grados de desnutrición y se relaciona con múltiples patologías digestivas. <sup>(17)</sup>

**Tabla 4. Hábitos tóxicos presentes en los pacientes estudiados.**

<b>Hábitos tóxicos</b>	<b>Número</b>	<b>%</b>
Fumador	211	37.35
Ex fumador	16	2.83
Alcohol	399	70.62
Drogas	162	28.67
Café	565	100.00

**Fuente: Registro de Informe endoscópico.**

**N = 565**

En la tabla No. 4 donde se expresan los hábitos tóxicos referidos por los pacientes, se observan que el 100% de los pacientes consumían café y un gran porcentaje de ellos consumía alcohol 399 para un 70.62%, siendo los exfumadores el menos número con solo 16 casos para un 2.83 %.

La autora considera que estos resultados son una expresión de las costumbres venezolanas, donde un elevado porcentaje de la población desde edades tempranas adquiere ambos tóxicos, sin dejar de hacer referencia que en su mayoría referían más de un hábito.

Las consecuencias físicas del alcoholismo son varias: unas son de efecto tóxico directo del alcohol y otras resultan de estar más expuesto a contraer enfermedades, tales como infecciones, a consecuencia a un debilitamiento del organismo. <sup>(8)</sup>

Entre las primeras se encuentran las enfermedades digestivas. El alcohol irrita el estómago y produce gastritis crónica. El alcohólico pierde el apetito, tiene náuseas y vómitos matutinos y evita comer carnes y grasas, lo que le lleva un desequilibrio nutritivo. El funcionamiento del hígado se altera y se producen hepatitis, hígado graso y cirrosis. La cirrosis hepática es el estado más avanzado de la afectación del hígado, y aparece, en general, después de los 40 años en el hombre y de los 30 en la mujer. <sup>(4)</sup>

La irritación de las vías digestivas por el alcohol contribuye al desarrollo de los cánceres, sobre todo de estómago y esófago. También es muy grave y relativamente frecuente, la afectación del páncreas. <sup>(5)</sup>

En estudios similares a este en España, Santo Domingo y Rodríguez <sup>(7)</sup> muestran esta relación de los hábitos tóxicos y las enfermedades digestivas donde el café y el alcohol son sus principales protagonistas.

Todos estos estudios al igual que el presente considera la autora demuestra la asociación de enfermedades y síntomas digestivos con los hábitos tóxicos muy presentes en la cultura venezolana con los cuales hay que trabajar para disminuir los índices de consumo y por ende lograr atenuar las patologías que provocan.

**Tabla 5. Diagnóstico de enfermedades digestivas por estudio endoscópico superior.**

<b>Diagnóstico endoscópico patológicos</b>	<b>Total</b>	<b>Total</b>
Gastritis	501	88.67
Duodenitis	399	70.62
Hernia hiatal	214	37.88
Esofagitis	119	21.06
Úlceras	66	11.68
Lesiones polipoideas gástricas	12	2.12
Otros diagnósticos	73	12.92
Normales	24	4.25
<b>Total</b>	<b>1408</b>	<b>249.20</b>

**Fuente: registro de informe endoscópico.  
N = 565**

En la tabla 5 se reflejan los resultados de los estudios endoscópicos superiores en el que predominó la gastritis en cualquiera de sus presentaciones con 501 casos para 88.67 %, es evidente, le sigue la duodenitis 399 casos para un 70.62%, coincidiendo con estudios de diferentes autores. (2, 4, 6, 17)

El mayor predominio de pacientes reflejaron alteraciones en el estómago, en segundo lugar aparece la afectación del duodeno pero considera importante resaltar a criterio de la investigadora, la asociación estómago duodeno. Estos resultados se corresponden con lo reportado en estudios de prevalencia e incidencia realizado por diversos autores en varias regiones del mundo. Estos señalan que el 90 % de las lesiones presentes en las mucosas del aparato digestivo superior se encuentra a nivel de estómago, lo cual se explica al ser un órgano expuesto constantemente a la acción imitativa de diversos agentes exógenos y endógenos ( ácido clorhídrico, pepsina, AINES, Helicobacter pylori) capaces de alterar la integridad de la barrera- mucosa. Lo anterior conduce a la hipótesis de que la acción de estos agentes sobre la mucosa gástrica, están estrechamente relacionados con la formación histomorfológicas fácilmente visibles por endoscopia, y su alta frecuencia pasa a ser estudios de interés, en el pesquisaje de pacientes con trastornos digestivos superior (dispepsia, enfermedad ulcerosa). (4, 6, 8, 9)

No menos importante resultan los 214 pacientes con hernia hiatal para el 37.88% de la muestra estudiada, pues es causa significativa de esofagitis, en sentido general el comportamiento no difiere de otros estudios por lo que las nuevas formas de tratamiento podrían mejorar los resultados en las segundas endoscopias, luego del uso de bloqueadores de bomba de protones y protectores gástricos con pro cinéticos, por lo que la autora considera que sería muy útil para completar este análisis en el futuro poder contar con un protocolo único de tratamiento y la programación conciente

de estudios de control a las 4 o 6 semanas del primer estudio con un tratamiento de primera línea protocolizado. <sup>(6, 9)</sup>

Los factores de riesgo de estas entidades incluyen infección con la bacteria *Helicobacter pylori*, anemia perniciosa, consumo excesivo de alcohol, transgresiones dietéticas (comidas copiosas, abuso de condimentos fuertes e irritantes), las intoxicaciones de origen alimentario, el tabaco, el estrés, el uso prolongado de ciertos medicamentos (antiinflamatorios y antirreumáticos) y aspirina <sup>(45, 69, 71)</sup> algunos de ellos estudiados en la presente investigación y otros como el *Helicobacter* se excluye por la dificultad presente en nuestro medio para su estudio.

## Conclusiones.

- En el estudio predominó el grupo etéreo entre los 46-55 años.
- Principal motivo de consulta epigastralgia.
- Los hábitos tóxicos que predominaron fueron el café seguido del alcohol.
- Las enfermedades óseas y la hipertensión arterial alcanzaron valores elevados en los antecedentes.
- La gastritis, la duodenitis y la hernia hiatal fueron las lesiones mayormente diagnosticadas por endoscopia.

## Referencias Bibliográficas.

1. Grespi M, Delvaux M, Schapiro H, Venables C, Zwiebel FM. Working Party Report by the Committee for Minimal standards of terminology and documentation in digestive endoscopy of the European Society of Gastrointestinal endoscopy. Minimal standards for a computerized endoscopic database. *Am J Gastroenterol*. 1996; 91: 191-216.
2. Molero X, Armengol JR. Fibrogastroduodenoscopia normal. *Endoscopia Digestiva*. Jarpoy Editorial S.A; Madrid, 1998.
3. Pedro Llores. Diagnóstico endoscópico. Santiago de Chile, 2001.
4. ASGE Guidelines. Endoscopy practice and service. *Gastroenterology* 2001; 121: 440-43.
5. Yan QE, Balmaceda FT, Burgas CO, Vilela GE, Patrón RG, Fernando DJC, Días PJ. Efectividad de la endoscopia fibro-óptica comparada con biopsia. Revisado el 08 de Abril de 2009. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Enfermedades\\_digestivo/v05\\_n1/pdf/efectiv\\_endoscopia.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Enfermedades_digestivo/v05_n1/pdf/efectiv_endoscopia.pdf)

6. Soifer Graciela. Dispepsia. Enfoque nutricional. Acta Gastroenterol Latino Am. Supl. 2. Septiembre, 2007.
7. Hoffman Bj, Wallace MB, Eloubeidi MA, et al. How many supervised procedures does it take to become competent in EUS? Results of a multicenter three year study. Gastrointestinal Endosc 2005; 51: AB139.
8. Guarner J. The spectrum of gastric disease associated with Helicobacter pylori and other infectious gastritis. Curr Gastroenterol Rep 2004; 6: 441-46.
9. Llanio Navarro R. Gastroenterología: Principios básicos y pruebas diagnósticas. La Habana: Pueblo y Educación; 1991.
10. Piñol JF, Hernández GH. Endoscopia diagnóstica en atención primaria. CD-Rom; 2003.
11. Goyal R. Enfermedades del esófago. En: Harrison's. Principios de Medicina Interna. 14 ed. Mc Graw Hill, 1998. pág 1803-5.
12. Friedman L. Úlcera péptica. En: Harrison's. Principios de Medicina Interna. 14 ed. Mc Graw Hill, 1998. pág 1812-19.
13. Llanio Navarro R. Gastroenterología: Manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Pueblo y Educación; 1989.
14. Ríos E. Medición de la precisión diagnóstica en enfermedades con comprobación endoscópica. Cuadernos 2004; 47: 55-62.
15. Koslin DB. Update on gastrointestinal imaging. Rev Gastroenterol Disord 2002; 2: 3-10.
16. Smith RA, Cokkinides V, Levin B, et al. American cancer Society guideline for the early detection of cancer. CA cáncer/ Clin 2005; 52:22.
17. Coti Rodolfo. Dispepsia. Definición actual y sus cambios a través del tiempo. Epidemiología. Acta Gastroenterol Latino Am. Supl. 1 Septiembre 2007.
18. Sleisenger MH, Fordtran JS. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. Complicaciones de la endoscopia digestiva. 6th Ed. WB Saunders; 2000: 325-333.

---

<sup>i</sup> Especialista de Primer Grado en Medicina general Integral. Máster en los Medios Diagnósticos en el Primer Nivel de Atención. Profesor Instructor.