



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2023, (mayo 2023) ISSN 2415-0282

Principales diagnósticos endoscópicos en pacientes con dolor abdominal epigástrico en el servicio de endoscopia del Policlínico 19 de Abril.

Dr. Jorge Serra Colina.

Especialista de primer grado em medicina general integral.

Resumen:

Se realizará un estudio descriptivo retrospectivo para determinar el comportamiento de las enfermedades digestivas diagnosticadas en pacientes con sintomatología presuntiva de patología digestiva superior, y a los cuales se les realizó una panendoscopia superior satisfactoria, en el servicio de endoscopia del Policlínico 19 de abril, sito en La Habana, en el periodo comprendido desde la 1 ro. de enero del año 2022 a la 1 ro. de enero del año 2023. El total de pacientes de nuestra investigación estará representado por todos los pacientes a los cuales se le realizó una endoscopia en nuestro servicio, con motivo de un síndrome doloroso abdominal localizado en región epigástrica. Con este estudio se identificarán el comportamiento de las causas de epigastralgia según algunas variables, como grupos etarios, sexo, localización anatómica de las lesiones endoscópicas y se identificarán los diagnósticos endoscópicos observados en pacientes que presenten epigastralgia refractaria al tratamiento médico, razón por la cual fueron sometidos a una endoscopia de urgencia.

Palabras claves: Epigastralgia; gastritis; ulcera péptica; Esofagitis; Hernia hiatal; endoscopia superior digestiva; Tumor de estómago, duodenitis.

Introducción:

Desde la época de la antigua Grecia ya aparecen las primeras descripciones sobre los principales síndromes que llamaron la atención a los primeros hombres dedicados a ejercer la medicina, entre ellos fueron los síndromes

digestivos y en particular las afecciones gástricas y los trastornos intestinales los más estudiados.

En la etapa clínica, Hipócrates señaló la existencia de procesos esofágicos puestos de manifiesto por exceso de saliva, al redactar las primeras historias clínicas se refería a úlceras gástricas y heridas de estómago. (8) (9).

El dolor abdominal junto al vómito y la hematemesis son síntomas subjetivos del sistema digestivo y hacen referencia a alguna afectación a nivel de estómago, duodeno y sistema hepatopancreático, pero esto no es absoluto ya que en muchas circunstancias estos síntomas pueden corresponder a otros segmentos del sistema digestivo, así como a procesos ubicados fuera de sus límites.

Los síntomas capitales o grandes síntomas que son dolor abdominal, vómito y hematemesis, cobran a su vez un gran valor semiológico si concurren simultáneamente en la anamnesis de un paciente con trastornos digestivos. La presencia simultánea en un enfermo, de estos tres grandes síntomas, se conoce como la gran tríada digestiva, que con mucha frecuencia corresponde a una lesión orgánica del estómago o del duodeno. (1)

En cuanto a la semiogénesis se sabe que el dolor abdominal es un síntoma de naturaleza neurógena que exige para su producción o patogenia la presencia de:

1. Una espina irritativa o factor de estímulo.
2. Un sistema local receptor.
3. Vías nerviosas para alcanzar las zonas receptoras centrales (tálamo, corteza cerebral posrolándica).

Se define el dolor abdominal como la manifestación subjetiva, siempre desagradable, más o menos intensa, desde una sensación penosa hasta a veces algo desesperante percibida por el enfermo en cualquier sitio del abdomen. (1).

El dolor epigástrico es aquel que se localiza en la región epigástrica debemos entender como tal, aquel que refiere el enfermo, del xifoides al ombligo y más o menos central (triángulo de Labbe y zona dolorosa de Mendel, de los anatomistas). (1)

Las teorías patogénicas del dolor abdominal epigástrico son múltiples, el estómago, el duodeno y las otras vísceras del abdomen superior se hallan inervadas por el vago o neumogástrico, que representa el sistema parasimpático, y por los nervios espláncnicos, que acarrean fibras del gran simpático, particularmente el esplácnico mayor, que corresponde al segmento medular D5-D9 y termina en el ganglio semilunar. De este ganglio, las fibras pasan al plexo solar, centro de la inervación simpática y sitio donde se realiza la sinapsis. (1).

El organismo, a pesar de su unidad, presenta un profundo metamerismo. (16)

La epigastralgia es la expresión de la estimulación de estructuras inervadas desde las Metámeras espinales dorsales D6 a D11, o sea que comprende a esófago, estómago, duodeno, páncreas, hígado, vías biliares y peritoneo parietal adyacente.

Así mismo, es en el epigastrio donde se localiza el dolor de las estructuras derivadas del Intestino anterior embrionario o de estructuras torácicas inervadas por ramas de D6 a D11: mediastino, pericardio, miocardio, de ahí que patologías localizadas en estas estructuras pueden reflejar el dolor a nivel del epigastrio. (1,5)

Existen varias teorías patogénicas del dolor abdominal epigástrico, pero es la teoría del reflejo viscerosensitivo, de Ross y Mackenzie una de las que mejor parece desentrañar la patogenia de dicho dolor en el organismo.

Esta teoría considera que la vía aferente del reflejo doloroso se inicia en la víscera, se trasmite a través de las fibras del gran simpático incluidas en los nervios espláncnicos (especialmente el esplácnico mayor para el dolor epigástrico), atraviesa el ganglio simpático correspondiente, viaja por el rami comunicante blanco, por el nervio raquídeo correspondiente y llega al ganglio de la raíz posterior donde tiene su neurona (es una dendrita larga). El cilindroeje de esta neurona viaja por la raíz posterior y al entrar en la médula establece sinapsis en las astas lateral y anterior. A este nivel se produce un foco de irritación y a expensas de la conexión que se realiza con los nervios de la vida de relación, raíces posteriores y nervios periféricos, se establece un fenómeno de inducción o desviación nerviosa a dicho nivel. Por una parte, estos impulsos aferentes siguen las vías ascendentes para alcanzar los centros receptores del cerebro (vía

espinotalamocortical), y por otra, dichos impulsos aferentes autonómicos recorren la vía de los nervios periféricos, y la sensación dolorosa (dolor referido) se localiza en el área somática o parietal correspondiente al propio nivel metamérico de la zona de irritación medular, a mayor o menor distancia (desviación y asociación metaméricas). Este dolor exige un estímulo fuerte, es agudo y bien definido, y se le denomina epicrítico. (1,16).

Otras teorías que tratan de explicar la patogenia del dolor abdominal epigástrico, es la teoría del dolor visceral puro, la teoría del reflejo peritoneosensitivo, de Morley, teoría de la transmisión vagal del reflejo y la teoría patogénica ecléctica. (1).

El dolor abdominal es el síntoma principal y mas frecuente de la patología digestiva, en su forma aguda es junto a las hemorragias digestivas la urgencia digestiva más común. (5)

La epigastralgia es el principal motivo de indicación de la esofagogastroduodenoscopia o panendoscopia en muchos centros de salud y servicios de endoscopia del mundo, siendo los principales diagnósticos encontrados, las lesiones a nivel de esófago, estomago y duodeno.

Los principales diagnósticos por segmentos serian en esófago, la Esofagitis producida por el reflujo acido, la estenosis producida por el carcinoma esofágico, la Hernia hiatal tipo I o por deslizamiento la mas frecuente, la tipo II o paraesofagica y la mixta, y el desgarro de la unión gastroesofagica en el síndrome de Mallory-Weiss. (10).

En el estomago se observan la gastritis aguda y crónica que según la clasificación de Sydney, se clasifican en la gastritis eritemato/exudativa, gastritis erosiva, gastritis atrófica, gastritis alcalina, gastritis hemorrágica y la gastritis hipertrofica. También están las úlceras gástricas benignas y malignas en dependencia de sus características morfológicas y en parte por su localización en la cavidad gástrica. Otro diagnostico serian los pólipos gástricos y el adenocarcinoma gástrico con sus diferentes estadios evolutivos. (12,13)

En el duodeno las úlceras suelen asentar en las paredes anterior, las que generalmente producen dolor y en la región posterior del bulbo , las que con frecuencia sangran, a veces son múltiples (kissing ulcers). Las pequeñas áreas de congestión de la mucosa con un exudado de manchas

blancas “Ulceración de sal y pimienta”, se combinan con otros aspectos macroscópicos aún peor definidos, clasificados como duodenitis”. Los tumores primitivos duodenales son raros (12).

La endoscopia superior ofrece un 90% de sensibilidad y especificidad en los diagnósticos de las lesiones morfológicas presentes en las mucosas del aparato digestivo, originada por la acción irritativa de diversos agentes externos, capaces de alterar la integridad y funcionalidad del sistema digestivo. (11,13)

La esofagogastroduodenoscopia es uno de los procedimientos diagnósticos más solicitado en el área de la gastroenterología dada la alta prevalencia de síntomas como el dolor abdominal, dispepsias, digestiones lentas, aerofagia, pirosis o los causados por la enfermedad por reflujo gastroesofágico, de estos, el dolor abdominal epigástrico es uno de los principales motivos de indicación de la endoscopia. (8).

Se ha llegado a estimar que aproximadamente el 1% de la población general pueden requerir una endoscopia digestiva anual. La 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 / año lo que representa 3 750 procedimientos al año para una unidad de endoscopia con un área de referencia de 250 000 habitantes (12).

La práctica de la endoscopia superior surge como apoyo del diagnóstico clínico y examen físico de los pacientes que refieren sintomatología digestiva alta, tiene una sensibilidad y especificidad del 95 - 99 %, ya que permite visualizar directamente todas las lesiones presentes en la mucosa del aparato digestivo superior. (11)

Es una técnica que demanda motivación, capacidad de decisión y destreza del personal medico que la realiza, los pacientes pueden sufrir si las exploraciones no se realizan adecuadamente. Además pueden ocurrir complicaciones como perforación intestinal, hemorragia, enclavamiento del endoscopio y transmisión de enfermedades entre otras. (13)

La literatura internacional y nacional relaciona a la úlcera gástrica con 85 - 90 % de la infección por *Helicobacter pylori* y la úlcera duodenal entre un 95 -100 %.

Actualmente se reporta que el 7 % de la población mundial puede presentar en algún momento de su vida una úlcera gástrica o duodenal. Estudios epidemiológicos reportan que la incidencia anual es de 2,9 por cada 1000 habitantes. (11)

Los estudios de prevalencia reportan que las úlcera gastroduodenales ocupan el 1.68 % de la población general, donde el 1.40 % pertenecen a úlcera duodenal es decir cuatro veces más frecuente que la úlcera gástrica que solo es el 0,28%. (11)

La ulcera duodenal causante de epigastralgia, afecta a un amplio sector de la población mundial, ya que aproximadamente el 10 % de los adultos la presentan, su diagnostico constituyen uno de los principales diagnósticos de la endoscopia oral. (19).

Teniendo en cuenta el alto número de pacientes con enfermedades del tracto digestivo superior en el municipio y los criterios antes mencionados nos motivamos a realizar este estudio en el Policlínico con el objetivo de determinar los diagnósticos endoscópicos en pacientes de ambos sexos, remitidos al servicio de endoscopia por los médicos de los consultorios médicos con el diagnóstico clínico de síndrome doloroso abdominal epigástrico, planteándonos como problema científico:

La población del municipio, es una comunidad proclive a las enfermedades digestivas debido a sus hábitos dietéticos, consumen comida condimentada, con alto contenido en carbohidratos y grasas, fuman y toman bebidas alcohólicas, además es una zona donde existen otros factores de riesgo para las enfermedades digestivas, tales como la ingestión de alimentos que contienen nitrosaminas.

Impacto de la investigación:

El siguiente estudio tiene como objetivo responder la siguiente pregunta:

-¿Cuales son las enfermedades más frecuentes diagnosticadas mediante estudio endoscópico en pacientes con síndrome doloroso abdominal localizado en epigastrio?

Esta investigación se realizara en el policlínico con el propósito de mostrar de forma objetiva y numérica la distribución de las enfermedades del tractus digestivo superior en pacientes con síndrome doloroso abdominal localizado en epigastrio, esperando aportar nuevos conocimientos científicos que permitan planificar en un futuro mediato acciones de salud, como cambiar el estilo de vida de algunos pacientes, entre otras, y de esta manera mejorar la calidad de vida de la población.

Objetivos:

General:

1-Determinar el comportamiento de las enfermedades digestivas diagnosticadas mediante endoscopia superior digestiva en pacientes que acudieron al Policlínico 19 de Abril, presentando dolor abdominal epigástrico, en el periodo de un año.

Específicos:

1-Realizar la distribución de los pacientes investigados según grupos etareos y sexo.

2-Precisar los diagnósticos endoscópicos hallados en pacientes con dolor abdominal epigástrico según:

- grupos etareos
- sexo.

3-Determinar la frecuencia de las alteraciones macroscópicas del tracto digestivo superior por segmentos anatómicos.

4-Identificar los principales diagnósticos endoscópicos encontrados en pacientes a los que se le practico una endoscopia de urgencia a causa de una epigastralgia refractaria al tratamiento.

Material y Método:

Se realizara un estudio observacional descriptivo retrospectivo, en el servicio de endoscopia del Policlínico 19 de Abril, localizado en la Habana, municipio Plaza Revolución, en el periodo del 1ro. de Enero del año 2022 al 1 ro. de Enero del año 2023.

Esta investigación se hará con el objetivo de determinar el comportamiento de las enfermedades digestivas diagnosticadas mediante endoscopia superior digestiva en pacientes que acudieron al servicio de endoscopia con síndrome doloroso abdominal localizado en epigastrio, en el periodo antes señalado, además de describir el comportamiento de algunas variables que se relacionan con la evolución clínica de los pacientes estudiados.

El universo de esta investigación estará formado por el total de pacientes que acudieron al servicio de endoscopia del policlínico a realizarse una endoscopia superior y la muestra seria el total de pacientes a los cuales se les realizo una endoscopia superior digestiva satisfactoria con motivo de una epigastralgia.

Para la recolección de los datos se utilizo un cuestionario o modelo de recolección del dato primario (MDRDP), con preguntas especificas (anexo 1) el cual fue confeccionado y validado en otros estudios sobre el tema y este será aplicado a todos los pacientes de nuestra investigación, el cual será llenado después de haber revisado las indicaciones medicas y los informes endoscópicos de todos los pacientes que asistieron al servicio de endoscopia en el periodo antes mencionado.

Se trabajara con los siguientes datos o variables en nuestra investigación, estos son: Edad, Sexo, presencia de síndrome doloroso abdominal epigástrico, Diagnostico Endoscópicos, localización anatómica de las alteraciones macroscópicas observadas y por ultimo la refractariedad al tratamiento medico del dolor abdominal.

Criterios de Inclusión

- Todos los pacientes de 15 años o mas que acudan al servicio de endoscopia.
- Pacientes a los cuales se les realizo una Endoscopia Digestiva superior satisfactoria

- Pacientes que presenten Síndrome Doloroso Abdominal localizado en epigastrio.
- Que el paciente complete el documento de consentimiento informado, por lo que estaría dispuesto a participar en nuestra investigación.
- Residente en el Municipio Roscio, Edo. Bolívar.

Criterios de Exclusión

- Pacientes menores de 15 años.
- Pacientes que no cooperen en la realización del proceder endoscópico, por lo que no se les pudo realizar una Endoscopia Superior Satisfactoria.
- Pacientes que no presenten síndrome doloroso abdominal
- Pacientes que no den su consentimiento para participar en la investigación.
- Pacientes con IMA reciente o Insuficiencia Respiratoria grave.

Las variables a utilizar serian:

-Edad: Se dividirá en seis grupos de edades.

-Sexo: Masculino o Femenino.

-Diagnósticos Endoscópicos: Se determinara la causa del síndrome doloroso abdominal mediante una Esofagogastroduodenoscopia, quedando incluidas en este aspecto como etiologías más frecuentes a buscar:

1. Esofagitis.
2. Hernia Hiatal.
3. Gastritis.
4. Ulcera gástrica.
5. Ulcera Duodenal.
6. Cáncer gástrico.
7. Pólipo gástrico.
8. Duodenitis.
9. Otros.

-Localización del segmento anatómico de las alteraciones macroscopicas encontradas:

1. Esófago.
2. Estomago.
3. Duodeno.

- Refractariedad al tratamiento de la Epigastralgia: Incluye a todo paciente con epigastralgia, que después de administrarle tratamiento por vía parenteral, no presenta alivio o mejoría del cuadro clínico.

Procesamiento de la información:

Los datos obtenidos se registraran en el Modelo Recolección del dato Primario. A estas variables se les aplicara procesamiento estadístico y se describirán las observaciones en números absolutos y porcentos, llevándose las mismas a tablas y gráficos para su mejor análisis, comprensión y discusión.

Técnicas para la obtención de la información:

- 1- Indicaciones Médicas.
- 2- Informes Endoscópicos.
- 3- Modelo de recolección del dato primario (MDRDP)
- 4- Base de datos computarizada del centro.

Tratamiento automatizado de la información:

Se confeccionara una Base de Datos y se procesaran los datos obtenidos en un programa de computación o software específico, de procesamiento de Datos, Microsoft Excel 2000, esto se realizara en una PC o microcomputadora personal Pentium Dual Core, con memoria RAM DDR2, de 1gb.

Se trabajara también con tablas de frecuencia, porcentos y gráficos y se confrontaran los resultados con la bibliografía disponible, tanto nacional como internacional y por último se realizara una síntesis expresada en las conclusiones y las recomendaciones.

Definición de Variables:

Operacionalización de Variables:

Variable.	Tipo.	Operacionalización		indicador
		Escala	descripción	
Edad.	Cuantitativa continua	< 20 20-29 30-39 40-49 50-59 60 años y mas	Según década de la vida de los pacientes de nuestro estudio	Prevalencia de enfermedades digestivas según edad.
Sexo	Cualitativa Nominal dicotomica	Masculino o femenino	Según sexo biológico de pertenencia	Prevalencia de enfermedades digestivas según sexo
Motivo de indicación	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Síndrome Doloroso Abdominal Epigástrico	Frecuencia de aparición en la indicación medica
Gastritis	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Esofagitis	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Cáncer de Esófago	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio

Hernia Hiatal	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Úlcera Gástrica	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Úlcera Duodenal	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Duodenitis	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Pólipo Gástrico	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Cáncer Gástrico	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Otros diagnósticos	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Según si se observa o no en la endoscopia	Frecuencia de aparición en la muestra en estudio
Motivo de Indicación	Cualitativa Nominal dicotomica	Si No	Dolor Abdominal Epigástrico refractario al tratamiento.	Frecuencia de aparición en la indicación medica

Datos del equipo de investigación.

Autor: Médico, Especialista de 1 er. Grado en Medicina General Integral.

Tutor: Medico, Especialista de primer grado en Medicina General Integral
y/o Profesor instructor.

Recursos necesarios para ejecutar el proyecto

Recursos Humanos:

Denominación	Salario	Salario Horario	Horas del proyecto	Costo Salario
Medico especialista en MGI				
Enfermera.				
TOTAL				

Recursos materiales:

Descripción	UM	Cantidad	Precio	Importe
Glutaraldehido,	frasco	3		
Xilocaina Spray	frasco	2		
TOTAL				

Otros materiales

Descripción	UM	Cantidad	Precio	Importe
Tóner de Impresora	Uno	1		
Bolígrafos	Uno	3		
Tóner de Impresora	Uno	1		
Endoscopio Olympus Cle-10 y sus accesorios	Uno	1		
Total.				

Cronograma de ejecución del proyecto de Investigación:

Actividad.	Fecha de Inicio.	Fecha de Terminación.
1. - Búsqueda de bibliografía	ene.- 2022	Marzo. - 2022
2. - Revisión de H.C y de los Informes Endoscópicos.	abril - 2022	Mayo.- 2022.
3. - Análisis y Discusión de los resultados	Junio. - 2022	Sep. - 2022.
4. – Terminación.	Oct. - 2022	Nov. - 2022.
5– Entrega.	-	Enero. - 2023

Aspectos éticos:

Para esta investigación no se realizarán experimentos en seres humanos ni en animales, no aparecerán datos personales de pacientes, la información será recogida a través de una Encuesta y la revisión de informes de endoscopias digestivas. Por lo que es necesario el consentimiento informado. La misma se realizará previa aprobación del concejo científico y la dirección del centro.

Resultados:

No se muestran resultados ni conclusiones por tratarse de un proyecto de investigación

Consentimiento Informado:

Por este medio doy consentimiento de formar parte de esta investigación sobre las causas de Síndrome doloroso abdominal epigástrico , que se realiza en el servicio de endoscopia del policlínico y estoy de acuerdo en que se me practiquen todos los procedimientos diagnósticos que sean necesarios para realizar dicha investigación en este caso sería, una Endoscopia Superior digestiva.

Nombre del Paciente _____

Firma _____

Nombre del Medico _____

Firma _____

Fecha: _____

Referencias Bibliográficas:

1. Llanio Navarro, Raimundo. Perdomo González, Gabriel, Propedéutica Medica y Semiología Medica. Editorial Ciencias Médicas, Ecimed. año 2003.
2. Bosca Crespo, Antonio R., García Arias, Carlota, Epigastralgia, Hospital clínico Universitario de Málaga, año 2002.
3. Moya MIR MS y Rojas Blanco V: Dolor Abdominal, Pág. 305 – 309, Normas de actuación en urgencias: Moya Mir, 2da ed. 2000 Ed: IM & C, SA.
4. Hernandez Surmaron, E. Díaz pedrache C, Pérez Sánchez JR , Dolor Abdominal , en Manual de diagnostico y terapéutica Medica , 4ta ed. -1998 ; 8: 81-90.
5. Feldman M, Scharschmidth BF, Enfermedades gastrointestinales y hepáticas, 6 ta ed. Buenos Aires, Editorial Medica Panamericana SA: 2000.
6. Roca Goderich, Reinaldo. Temas de medicina interna, la habana 4 ta edición. año 2002.
7. Farreras –Rozman. Medicina Interna. Decimocuarta edición. año 2000.
8. Llanio Navarro R. Gastroenterología: manual de procedimientos de diagnóstico y tratamiento. La Habana: Ed. Pueblo y Educación; 1989.
9. Sleisenger MH, Fordtran JS. Gastrointestinal diseases. 5 ed. Philadelphia: Sauders; 1993.
10. Bockus HL. Gastroenterología. 3a ed. Barcelona: Salvat, 1981; Vol. 1. P. 161- 498.
11. Llanio y colaboradores. Curso de capacitación en endoscopia digestiva superior a la atención primaria de salud. Año 2000.
12. Abreu. L Gastroenterología. Endoscopia Diagnostica y Terapéutica. Ediciones Eurobook. 2004.
13. Medina Menéndez, Fernando y colaboradores Diagnósticos Endoscópicos en pacientes con trastornos dispépticos. Venezuela 2008
14. Del Valle, Alina de la Cruz. Valor de la endoscopia en Atención Primaria de Salud. Municipio Habana Vieja, Cuba. 2003 – 2005.

15. Avalos García, Roxana. Lesiones diagnosticadas en el tractus digestivo por videoendoscopia. Venezuela 2007.
16. Guyton, Arthur C. Fisiología Medica: 1996.
17. Álvarez Sintés, Temas de Medicina General Integral .Volumen II, Capitulo 22.La habana .2001.
18. ENDOSCOPIA DIGESTIVA MINIMAL STANDARD TERMINOLOGY (Tomado de la página oficial de la Organización Mundial de Endoscopía Digestiva) - www.omed.org. 1999.
19. Abreu, L. Gastroenterología, Endoscopia Diagnostica y terapéutica, capitulo 22, pagina: 195. eurobook. 2004.
20. Cotton PB, Willians CB, eds. Tratado práctico de Endoscopia Digestiva. Barcelona: Masson-Salvat, 1992.
21. Hernández-Garcés. Héctor Rubén. Manual de endoscopia digestiva superior diagnostica. Editorial ciencias médicas. La Habana. 2008.

Anexo I. Encuesta:

1. Datos generales del paciente:

Nombre y Apellidos: _____

Edad: ____ Sexo: _____

No. De endoscopia: _____

2. Presenta Síndrome Doloroso Abdominal localizado en region epigástrica:

Si _____ No _____

3. Diagnostico Endoscopico de la patología gastrointestinal causante de Dolor Abdominal.

- | | | | | |
|-------------------------------|----|----|----|----|
| 1. Gastritis | si | __ | no | __ |
| 2. Síndrome de Mallory-Weiss. | si | __ | no | __ |
| 3. Esofagitis. | si | __ | no | __ |
| 4. Hernia Hiatal. | si | __ | no | __ |
| 5. Ulcera Gástrica. | si | __ | no | __ |
| 6. Ulcera Duodenal. | si | __ | no | __ |
| 7. Duodenitis. | si | __ | no | __ |
| 8. Pólipo Gástrico. | si | __ | no | __ |
| 9. Cáncer de Esófago | si | __ | no | __ |
| 10. Cáncer Gástrico. | si | __ | no | __ |
| 11. Otras. | si | __ | no | __ |

4. En caso de presentar el paciente dolor abdominal epigástrico refractario al tratamiento mencione el diagnostico endoscopico observado.

1. Gastritis Hemorrágica. ____
2. Ulcera Gástrica. _____
3. Ulcera Duodenal. _____
4. Cáncer gástrico _____
5. Otras _____

5. Mencione la Localización anatómica de la lesiones macroscopicas observadas.

- a. Esófago.
- b. Estomago.
- c. Duodeno.

Anexo II.

Consentimiento informado del servicio de endoscopia del,

Policlínico: 19 de Abril.

El que suscribe _____ de nacionalidad _____
con carnet identidad no. _____ autorizo la
realización de las pruebas Endoscópicas y sus técnicas afines necesarias
para el diagnóstico y tratamiento de mi enfermedad.

He sido informado que los procedimientos endoscópicos poseen un mínimo de
complicaciones posibles, aceptadas internacionalmente.

Estoy de acuerdo con que se me realice, considerando que los mismos se
ejecutarán en el marco del más estricto rigor científico y de las normas
establecidas.

Libero a la institución de responsabilidad alguna relacionada con las
complicaciones que pudieran producirse por la realización del proceder
endoscópico.

Consiento: Que se me realice el estudio diagnóstico de Endoscopia en el
Policlínico 19 de Abril.

Nombre del paciente _____ Firma: _____

Nombre del familiar o representante _____ Firma: _____

La Habana , _____ de _____ del año 2023.
Día mes

