

Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en el Centro de Diagnóstico Integral Yagua. 2007

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE MATANZAS "DR. JUAN GUITERAS GENER"
Revista Médica Electrónica 2009;31(4).

Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior. Centro de Diagnóstico Integral Yagua. 2007.

Behavior of the pathologies diagnosed by upper digestive endoscopy at the Integral Diagnostic Center Yagua. 2007.

AUTORES

Dra. MsC. Lázara Esther Fernández Mendoza. (1)

Dr. MsC. Yosvany Corrales Castañeda. (2)

(1) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Procederes Diagnósticos en APS. Profesora Instructora. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr. Juan Guiteras Gener"

(2) Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas en la Atención Primaria de Salud. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas "Dr. Juan Guiteras Gener".

RESUMEN

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de carácter retrospectivo, con el objetivo de conocer el comportamiento de las patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en un grupo de pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral Yagua, del municipio Guacara, Estado Carabobo, en el período comprendido entre julio a diciembre de 2007. Utilizamos como universo 1542 pacientes de los cuales 464 representaron nuestra muestra simple aleatoria, predominando los pacientes de 45 a 59 años de edad, siendo la mayoría del sexo femenino. El promedio de edad de los casos fue de 46.2 años. La gastritis fue la patología de mayor diagnóstico endoscópico presente en algo más de la tercera parte de los pacientes, correspondiéndose principalmente con el sexo femenino. El estrés mantenido afectaba a más de la mitad de los pacientes estudiados, así como el tabaquismo y el consumo de alcohol fueron otros factores exógenos asociados de alta ocurrencia. El estudio endoscópico fue indicado principalmente bajo la impresión diagnóstica de dolor abdominal, síndrome ulceroso y esofagitis, encontrándose como hallazgo endoscópico fundamental en estos casos la gastritis, la úlcera péptica y la hernia hiatal respectivamente.

DeCS

ENDOSCOPIA DEL SISTEMA DIGESTIVO /historia

ENDOSCOPIA DEL SISTEMA DIGESTIVO / métodos

ENDOSCOPIA DEL SISTEMA DIGESTIVO /estadística & datos numéricos

GASTRITIS / diagnóstico

ÚLCERA PÉPTICA /diagnóstico

DOLOR ABDOMINAL /diagnóstico

HERNIA HIATAL /diagnóstico

HUMANOS

MEDIA EDAD

INTRODUCCIÓN

La endoscopia digestiva alta es probablemente el procedimiento diagnóstico más solicitado en gastroenterología dada la alta prevalencia de síntomas como dispepsia, los derivados del reflujo gastroesofágico, así como los dependientes del resto de las enfermedades gastrointestinales.

La palabra endoscopia procede del griego y significa mirar/observar dentro. El uso de tubos e instrumentos para tratar de ver el interior del cuerpo data de los comienzos de la civilización. Los griegos, egipcios y romanos ya utilizaban cánulas para enemas. Se sabe que Hipócrates trató de ver el recto mediante un tubo y una vela. No obstante, hasta el siglo XVIII, el desarrollo de la medicina permitió ver lo que el paciente decía sentir; se inicia entonces la endoscopia. (1-3)

A través del tiempo, la historia de la endoscopia del tracto digestivo se articula en varios períodos: período del endoscopio rígido (desde 1868 a 1932), período del endoscopio semiflexible (1932 a 1957), período del fibroscopio (desde 1957 hasta la actualidad) y período de la videoendoscopia (desde 1983 hasta la actualidad). (4-6)

En 1992, aparecieron los endoscopios de magnificación Olympus y Fujinon, con los cuales se puede agrandar un sitio específico para descartar una patología existente que a simple vista podría pasar inadvertida. (7)

Actualmente, los endoscopios destinados a la exploración del tubo digestivo superior son de diámetro reducido (de 7 a 11 mm) y de flexibilidad perfecta, permitiendo su fácil deglución sin ninguna preparación, ni siquiera anestesia local. Su perfecta visión asegura un examen perfecto y completo de toda la superficie mucosa desde la boca de Killian, hasta la tercera porción del duodeno en menos de 5 min., si no hay lesiones que biopsiar. (8-10)

La endoscopia digestiva superior tiene una alta sensibilidad y especificidad en manos expertas, con ausencia de falsos positivos, si la biopsia se efectúa sistemáticamente en cualquier alteración de la mucosa aunque sea mínima. Los modernos endoscopios han abierto el camino a la endoscopia terapéutica. (4,11-4)

En un primer momento, la endoscopia digestiva superior fue, exclusivamente, un método diagnóstico, que se valía de diferentes aparatos ópticos para explorar el tubo digestivo por dentro. El gran desarrollo alcanzado por la endoscopia digestiva superior 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, en lo fundamental, a ser un método terapéutico de primera línea. Por ello, la endoscopia digestiva cumple hoy una triple misión en el manejo de las enfermedades digestivas: diagnóstica, pronóstica y terapéutica. (11,15,16)

Es necesario recordar las palabras que se encuentran en el libro *Propedéutica Clínica y Semiología Médica*, del doctor *Raimundo Llanio Navarro* y otros, t1, págs. 1 y 2, y que se enseña en los primeros años de la carrera: "...hasta principios del siglo XVIII (...) el examen del enfermo, –si se permite llamarlo así–, consistía en un somero examen visual del mismo, en un interrogatorio elementalísimo fundado en conceptos e ideas, las más de las veces absurdas o de un empirismo equivocado, en la palpación del pulso, más rutinario que analítico, –puesto que no se conocía el significado del ritmo y sus variaciones–, y finalmente en el examen *de visu* de algunas *excretas*. Y con estos "elementos" se hacía el "diagnóstico" que, precisamente, era cualquier cosa menos el diagnóstico, es decir, "conocimiento"... "...Y fue solo a fines del siglo XIX (...) que nace la necesidad de un examen metódico y prolijo, con procedimientos y técnicas orientados a desentrañar y aplicar las diversas y múltiples reacciones estructurales y funcionales que el estado de enfermedad desencadena en la intimidad del organismo enfermo. Desde entonces el diagnóstico deja de ser una intuición pragmática, (...) para ser una conclusión lógica y veraz, lograda después de un examen metódico del enfermo y de sus principales órganos, aparatos y sistemas por medio de los procedimientos y las técnicas aconsejadas por la semiología, todo ello llevado con el rigor científico admitido en biología". En el campo del diagnóstico, en América Latina los doctores del Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro José Luis Calleja y Luis Abréu han insistido en la necesidad de que "la Administración" considere la "unidades de endoscopia" como "verdaderas áreas quirúrgicas". Los expertos, que han participado en una rueda de prensa posterior a su intervención en el Encuentro "la endoscopia digestiva en la oncología gastrointestinal" organizado por la UIMP, han definido la endoscopia como una técnica "tanto diagnóstica como terapéutica" que incluye una "faceta curativa".

En Venezuela el aumento de los casos de gastritis en la población ha sido comprobado en un estudio realizado, en el año 2006, por la Sociedad Venezolana de Gastroenterología, en el cual

se reporta que esta enfermedad es el primer motivo de consulta a los especialistas del área tanto pública como privada.

La introducción de los medios de diagnóstico en la Atención Primaria de Salud, logró llevar a la población si no es todo casi todo lo necesario para un diagnóstico certero y eficaz de las patologías; con la inclusión del Servicio de Endoscopia se contribuyó al rápido diagnóstico y tratamiento de las patologías digestivas que se presentan con frecuencia en la consulta. (3)

La Endoscopia Digestiva Superior permite explorar el tubo digestivo desde la cavidad oral hasta la segunda y tercera porción duodenal. Gracias a ello se puede hacer un diagnóstico macroscópico, de casi todos los procesos que afectan al tracto digestivo superior. No solo puede hacerse el diagnóstico macroscópico de las lesiones, sino también se pueden obtener muestras para estudio histológico y citológico, existiendo posibilidades terapéuticas en muchas situaciones. En términos generales, se puede decir que la endoscopia está indicada en todos los pacientes que precisen un diagnóstico del tracto digestivo superior. (3)

Existen algunas circunstancias en las que la realización de una panendoscopia diagnóstica parece estar estrictamente indicada:

- Sospecha de neoplasia. En la hemorragia digestiva alta.
- Evaluación de los pacientes con síntomas persistentes y radiología negativa, en particular si es mayor de 40 años.
- Evaluación de síntomas en una cirugía gástrica.
- Diagnóstico de la enfermedad ulcerosa y control de la úlcera gástrica.
- Disfagia y odinofagia.
- Síntomas de reflujo que permiten o recurren, no obstante el tratamiento adecuado.
- Estudio de la anemia.
- Vómitos persistentes de causa desconocida.
- Ingesta de cáusticos o sospecha de cuerpos extraños.
- Poliposis familiar del colon.
- Diagnóstico y seguimiento de lesiones secundarias a hipertensión portal.
- Seguimiento después de determinadas intervenciones quirúrgicas.
- Enfermedades sistémicas que afectan al tracto digestivo.
- Confirmación de un presunto hallazgo radiológico (estenosis, y/u obstrucción del tracto digestivo superior, sospecha de neoplasia o imagen de lesión ulcerosa).
- Descartar causa orgánica de la dispepsia. (3,7,10,11)

En resumen, su indicación se determina tras un completo estudio de la clínica que presenta el paciente, la exploración física y después de haber descartado la existencia de procesos que pueden dar lugar a la aparición de complicaciones. En toda unidad de endoscopia se deben determinar cuáles son los motivos para realizar una endoscopia digestiva alta, evitándose muchas exploraciones innecesarias.

En el Área de Salud Integral Comunitaria de Yagua, donde se desarrolló el estudio, las enfermedades del aparato digestivo alto han tenido un aumento paulatino, dadas principalmente por enfermedades como el reflujo gastroesofágico, gastroduodenitis, úlcera gástrica, hernia hiatal, entre otras, presentando una incidencia y prevalencia significativa en la comunidad. Nos planteamos entonces las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la frecuencia de las enfermedades gastroenterológicas diagnosticadas por endoscopia alta en el Servicio de Endoscopia del Centro de Diagnóstico Integral Yagua? ¿Cuáles serán los principales factores exógenos asociados con estas patologías y las causas más frecuentes de indicación del estudio endoscópico por parte de nuestros profesionales?

Tomando en consideración todo lo anterior decidimos realizar un estudio que permita identificar el comportamiento de las patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en los pacientes del área, con el objeto de contribuir a la elaboración de líneas de acción sobre algunos de los factores exógenos asociados a las enfermedades del aparato digestivo alto, este proceder sin casi riesgos para la vida, necesario para un diagnóstico certero y eficaz de las patologías que se diagnostican diariamente en el Servicio de Endoscopia, contribuye al rápido diagnóstico y tratamiento de las mismas, las cuales se presentan con frecuencia en la consulta.

MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de carácter retrospectivo, determinando el comportamiento de las patologías diagnosticadas por Endoscopia Digestiva Superior en un grupo de pacientes atendidos en el Centro de Diagnóstico Integral Yagua, del municipio Guacara, Estado Carabobo, en el período comprendido entre julio a diciembre de 2007. El universo de estudio estuvo constituido por 1542 pacientes mayores de 15 años –explicable porque la unidad atiende solamente pacientes adultos–, cifra total de casos a los que bajo criterio médico y previa indicación facultativa se les realizó el estudio endoscópico en el período descrito. Se seleccionó una muestra por el procesamiento probabilístico de muestreo aleatorio simple, con la utilización de la tabla de números aleatorios, obteniendo un tamaño de muestra que se corresponde con el 30 % del universo, quedando constituida por 464 pacientes. Se calculó el tamaño de la muestra máximo necesario obteniéndose un listado de números aleatorios para realizar la selección.

Para la recolección de la información se utilizó el informe endoscópico.

Ante el posible sesgo de información se realizó una prueba piloto para validar el instrumento de recolección.

Procesamiento y análisis de la información:

Una vez finalizado el período de recolección de la información se procedió a darle continuidad a la revisión de referencias bibliográficas relacionadas con el tema. Los datos obtenidos fueron procesados y los resultados se analizaron y discutieron sobre la base de la bibliografía actualizada nacional y extranjera. Se confeccionaron tablas y gráficos mostrando los principales resultados de la investigación, auxiliándonos de un ordenador personal Pentium Dual Core mediante el procesador de datos Microsoft Office Excel 2007.

RESULTADOS

Tabla No. 1

Distribución de pacientes con diagnóstico endoscópico según edad y sexo. Centro de Diagnóstico Integral Yagua. Julio–diciembre 2007.

| Grupos de edades | Sexo Femenino | | Sexo Masculino | | Total | |
|------------------|---------------|--------------|----------------|--------------|------------|------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| De 16 a 29 años | 54 | 11,64 | 28 | 6,03 | 82 | 17,67 |
| De 30 a 44 años | 72 | 15,52 | 76 | 16,38 | 148 | 31,90 |
| De 45 a 59 años | 116 | 25,00 | 64 | 13,79 | 180 | 38,79 |
| 60 y más años | 31 | 6,68 | 23 | 4,96 | 54 | 11,64 |
| TOTAL | 273 | 58,84 | 191 | 41,16 | 464 | 100 |

Fuente: Informes Endoscópicos.

Con relación a la distribución de los pacientes según edad y sexo (Tabla No.1), se observó que de los 464 casos a los cuales se les realizó la Endoscopia Digestiva Superior, 273 (58.84%) correspondían al sexo femenino y 191 (41.16%) al masculino, siendo el grupo de edad predominante de 45 a 59 años, con 180 pacientes para un 38.79%. Se encontró además que la edad de los pacientes estudiados oscilaba entre 18 y 72 años de edad y el promedio de edad de los mismos fue de 46.2 años.

El resultado obtenido desde cierto punto de vista era esperado, pues la pirámide poblacional del municipio Guacara –localidad que principalmente demanda del proceder en este centro de salud– refleja una población joven (58). Solo 54 pacientes mayores de 60 años de edad acudieron a nuestro servicio en el período de seis meses de estudio, lo que representa un 11.64 % del total de casos atendidos. En un estudio realizado en La Habana que involucró a 730 pacientes se obtuvieron resultados similares. Al distribuir los individuos que fueron atendidos en el servicio de endoscopia según la edad, se obtuvo un predominio del grupo de 45 a 54 años con 167 casos para un 22,9 %. El comportamiento del sexo coincide con los resultados obtenidos a partir de un estudio realizado en la Clínica "Cira García", desde el 1º de enero al 31 de diciembre del 2005. El mismo se basó en la caracterización nosológica de los pacientes por medio de la técnica esofagogastroduodenoscopia en el servicio de cirugía. En

este caso, se observó igualmente un predominio del sexo femenino en más del 50 % de un total de 213 pacientes. Los investigadores atribuyeron este comportamiento a la mejor capacidad de enfrentar estos exámenes desde el punto de vista psicológico y por parte de las féminas, no siendo igual para el sexo masculino, aunque este fenómeno aún no está completamente demostrado.

Tabla No. 2

Distribución de pacientes según diagnóstico endoscópico y sexo. Centro de Diagnóstico Integral Yagua. Julio-diciembre 2007.

| Diagnóstico Endoscópico | Sexo Femenino | | Sexo Masculino | | Total | |
|-------------------------------|---------------|-------|----------------|-------|-------|-------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Esofagitis | 22 | 4,74 | 16 | 3,45 | 38 | 8,19 |
| Hernia Hiatal | 71 | 15,30 | 32 | 6,90 | 103 | 22,20 |
| Tumor Esofágico | 2 | 0,43 | 0 | 0,00 | 2 | 0,43 |
| Gastritis | 102 | 21,98 | 54 | 11,64 | 156 | 33,62 |
| Úlcera Péptica Gastroduodenal | 38 | 8,19 | 43 | 9,27 | 81 | 17,46 |
| Cáncer Gástrico | 1 | 0,22 | 2 | 0,43 | 3 | 0,65 |
| Duodenitis | 72 | 15,52 | 76 | 16,38 | 148 | 31,90 |
| Úlcera Péptica Duodenal | 8 | 1,72 | 12 | 2,59 | 20 | 4,31 |
| Otros diagnósticos | 4 | 0,86 | 13 | 2,80 | 17 | 3,66 |
| Estudio normal | 6 | 1,29 | 5 | 1,08 | 11 | 2,37 |

n=464

Fuente: Informes endoscópicos.

Como se observa en la tabla 2, la distribución de individuos según diagnóstico endoscópico y sexo reflejó que el 33.62% de los pacientes (156 casos) estaban afectados por gastritis como patología predominante, de estos, 102 casos (21.98%) correspondían al sexo femenino y 54 al masculino (11.64%). La duodenitis fue diagnosticada en el 31.90% de los casos (148 pacientes), fundamentalmente en los hombres (76 casos para un 16.38%), mientras que la hernia hiatal se presentó en 103 pacientes (22.20%) afectando en mayor medida a las mujeres (15.30%).

La gastritis y la duodenitis fueron los diagnósticos de mayor proporción en nuestro estudio, resultado que se correlaciona con lo referido por otros autores, al señalar a las gastritis como lesión primaria de irritabilidad de la mucosa gástrica, que según la intensidad y persistencia del agente agresor sobre la mucosa, este puede evolucionar hacia otras formas de lesiones endoscópicamente visibles como úlceras, cáncer, linfomas.

Tabla No. 3.

Distribución de pacientes con diagnóstico endoscópico según factores exógenos asociados y sexo. Centro de Diagnóstico Integral Yagua. Julio- diciembre 2007.

| Factores Exógenos | Sexo Femenino | | Sexo Masculino | | Total | |
|--------------------------------------|---------------|--------------|----------------|--------------|------------|--------------|
| | No. | % | No. | % | No. | % |
| Tabaquismo | 42 | 9,05 | 93 | 20,04 | 135 | 29,09 |
| Consumo de alcohol | 38 | 8,19 | 86 | 18,53 | 124 | 26,72 |
| Ingestión de café | 15 | 3,23 | 21 | 4,53 | 36 | 7,76 |
| Ingestión prolongada de AINEs | 65 | 14,01 | 26 | 5,60 | 91 | 19,61 |
| Malos hábitos nutricionales | 21 | 4,53 | 32 | 6,90 | 53 | 11,42 |
| Estrés mantenido | 113 | 24,35 | 128 | 27,59 | 241 | 51,94 |

n=464

Fuente: Informes endoscópicos.

Al analizar la influencia de factores exógenos asociados a las patologías (Tabla No.3) se identificó al estrés mantenido como el principal factor, debido a que fue referido en ambos sexos por más de la mitad de los pacientes (241 casos para un 51.94%), los cuales consideraron estar sometidos a algún factor emocional, físico, social, económico o de otro tipo, mantenido en el tiempo, que requirió una respuesta o un cambio. Por otra parte, 135 pacientes eran fumadores (29.09%) y el consumo de alcohol afectó a 124 casos (26.72%). Al considerar la afectación para cada sexo se demostró que en las mujeres predominaron el estrés mantenido, la ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y el tabaquismo con un 24.35, 14.01 y 9.05% respectivamente; mientras que en los hombres predominó igualmente el estrés (27.59%) seguido del hábito de fumar y el consumo de alcohol con un 20.04 y 18.53% respectivamente. La investigación concluye que aunque fue más frecuente el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) entre las mujeres, en los hombres que consumían antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) aumentó la oportunidad de úlcera péptica en casi nueve veces.

DISCUSIÓN

En el estudio predominó los pacientes de 45 a 59 años de edad, siendo la mayoría del sexo femenino; al distribuir los individuos según el diagnóstico endoscópico, la gastritis es la patología de mayor diagnóstico endoscópico presente en algo más de la tercera parte de los pacientes, correspondiéndose principalmente con el sexo femenino. El estrés mantenido afecta a más de la mitad de los pacientes estudiados, así como el tabaquismo y el consumo de alcohol, siendo estos factores exógenos asociados de alta ocurrencia, apareciendo en las mujeres, significativo, la ingestión prolongada de antiinflamatorios no esteroideos. En los pacientes con indicación clínica de dolor abdominal se precisa como hallazgo endoscópico fundamental la gastritis, así como en más de la mitad de los casos referidos por síndrome ulceroso se corrobora el diagnóstico de úlcera péptica. Sin embargo, en la mayoría de los pacientes con sospecha clínica de esofagitis se concluye como diagnóstico endoscópico la hernia hiatal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trujillo Arias D. Lesiones del aparato digestivo superior. Hallazgos endoscópicos. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Gastroenterología. Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora"; Santiago de Cuba; 1989.
2. Cotton PB. Tratado Práctico de Endoscopia Digestiva. T.I. Barcelona:OPS; 1992.
3. Hernández G. Manual de Endoscopia Digestiva Superior diagnosticada. La Habana: Ciencias Médicas; 2008.
4. Roca GR. Temas de Medicina Interna. Vol. II. La Habana: Ciencias Médicas; 1981.
5. Martín Marén D. Neoplasia gástrica. Hallazgos endoscópicos. Trabajo para optar por el título de especialista de 1er grado en gastroenterología. "Hospital Provincial Docente Saturnino Lora"; Santiago de Cuba; 1988.
6. Schindler R. The endoscopy study of gastric pathology. *Endoscopy*. 1987;8(1).
7. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol 1 15ta ed. México: Editorial Interamericana S.A; 2002
8. Froehlich F, Burnard B, Pache I. Overuse of upper gastrointestinal endoscopy in a country with open-access endoscopy: a prospective study in primary care. *Gastrointest Endosc*. 1997;45:13-9.
9. Acosta Blanco SM. Encuesta de prevalencia de trastornos gastroduodenales en una unidad militar de la FAR. Trabajo para optar por el título de Especialista de primer grado en Gastroenterología. "Hospital Provincial Docente Saturnino Lora", 1987.
10. Farreras-Rozman. Tratado de Medicina Interna. 14ta Ed. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000.
11. Llanio NR. Gastroenterología. Principios Básicos y Pruebas Diagnósticas. Habana: Pueblo y Educación; 1991.
12. Minoli G, Prada A, Gambetta G. The ASGE guidelines for the appropriate use of upper gastrointestinal endoscopy in an open access systems. *Gastrointestinal Endosc*. 1995;42:387-9.
13. Álvarez Sintés R. Temas de Medicina General Integral. La Habana: Ciencias Médicas; 2001.
14. Josen AR, Siegler M, Winslade WJ. Indications for medical intervention. En: *Clinical ethics a practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. New York: McGraw-Hill; 1998. p.13-45.
15. Presno Labrador C, Sansó Soberats F. 20 years of Family Medicine in Cuba. *Medic Review*. 2004
16. Gómez Gascón T, Ceitlin J. Medicina de familia: la clave de un nuevo modelo. Madrid: IM&C; 2003.

SUMMARY

We made an observational, descriptive, retrospective study with the objective of knowing the behavior of the pathologies diagnosed by upper digestive endoscopy in a group of patients attended at the Integral Diagnostic Center Yagua, municipality of Guacara, Carabobo State, in the period from July to December 2007. Our universe were 1 542 patients, 464 of which were our simple randomized sample prevailing the 45 to 59 years-old patients, most of them women. The media age in these cases was 46.2 years. Gastritis was the pathology most frequently diagnosed by endoscopy, present in more than a third of the patients, mainly of the female sex. The maintained stress affected more than a half of the studied patients, and smoking and alcoholism were other exogenous factors associated to the high occurrence. The endoscopic study was indicated mainly under the diagnostic impression of abdominal pain, ulcerous syndrome and esophagitis, having as main endoscopic findings in these cases, gastritis, peptic ulcer and hiatal hernia respectively.

MeSH

ENDOSCOPY, DIGESTIVE SYSTEM / history
ENDOSCOPY, DIGESTIVE SYSTEM / methods
ENDOSCOPY, DIGESTIVE SYSTEM /statistics & numerical data
GASTRITIS/ diagnosis
PEPTIC ULCER /diagnosis
ABDOMINAL PAIN /diagnosis
HERNIA, HIATAL /diagnosis
HUMANS
MIDDLE AGED

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Mendoza LE, Corrales Castañeda Y. Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en el Centro de Diagnóstico Integral Yagua. Julio-diciembre 2007. Rev méd electrón[Seriada en línea] 2009; 31(4). Disponible en URL:

<http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/año%202009/vol4%202009/tema06.htm>

[consulta: fecha de acceso]