

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**ADHERENCIA A LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE  
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL PARA LA INDICACION DE  
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA  
CENTRO MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**PARA OPTAR  
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA**

**PRESENTADO POR  
CINTHYA GIANINNA TEJADA PACHECO**

**ASESOR**

**JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

**LIMA- PERU**

**2024**



**Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada  
CC BY-NC-ND**

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**ADHERENCIA A LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE  
ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL PARA LA INDICACION DE  
ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA  
CENTRO MEDICO NAVAL CIRUJANO MAYOR SANTIAGO TAVARA**

**PROYECTO DE INVESTIGACION**

**PARA OPTAR  
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN GASTROENTEROLOGIA**

**PRESENTADO POR  
CINTHYA GIANINNA TEJADA PACHECO**

**ASESOR  
DR. JOSE DEL CARMEN SANDOVAL PAREDES**

**LIMA, PERU  
2024**

## ÍNDICE

	Págs
Portada	I
Índice	II
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>1</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	1
1.2 Formulación del problema	2
1.3 Objetivos	2
1.4 Justificación	3
1.5 Limitaciones	3
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>5</b>
2.1 Antecedentes	5
2.2 Bases teóricas	8
2.3 Definición de términos básicos	12
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>14</b>
3.1 Formulación de Hipótesis	14
3.2 Variables y su definición operacional	14
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA</b>	<b>17</b>
4.1 Diseño metodológico	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Técnicas de recolección de datos	18
4.4 Procesamiento y análisis de datos	18
4.5 Aspectos éticos	18
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>20</b>
<b>PRESUPUESTO</b>	<b>21</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	<b>22</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	24
2. Instrumentos de recolección de datos	25

NOMBRE DEL TRABAJO

**ADHERENCIA A LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL PARA LA INDICACION**

AUTOR

**TEJADA PACHECO CINTHYA GIANINNA**

RECuento de palabras

**5509 Words**

RECuento de caracteres

**32752 Characters**

RECuento de páginas

**28 Pages**

Tamaño del archivo

**278.3KB**

Fecha de entrega

**Jul 18, 2024 8:49 AM GMT-5**

Fecha del informe

**Jul 18, 2024 8:50 AM GMT-5**

● **20% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de Internet
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Fuentes excluidas manualmente

## **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática:**

Desde la introducción del endoscopio en 1853 por Désormeaux, la endoscopia digestiva ha revolucionado grandemente el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades del sistema digestivo, haciendo que los procedimientos sean más accesibles y menos invasivos, evitando así otros de mayor complejidad, que pueden traer como consecuencia riesgos mayores para la vida de los pacientes. La endoscopia digestiva alta, o esofagogastroduodenoscopia (EGD), permite al médico examinar el esófago, el estómago y la parte proximal del intestino delgado, siendo el procedimiento más solicitado en gastroenterología (Sánchez del Río, et al, 2004). Este procedimiento endoscópico puede utilizarse para evaluar y diagnosticar múltiples afecciones, dentro de las que destacan la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE), las úlceras pépticas y la gastritis. Sin embargo, con el paso de los años y la mayor accesibilidad de este procedimiento se ha hecho un uso excesivo e indebido, siendo que en muchas ocasiones no existe idoneidad entre la indicación y el procedimiento endoscópico solicitado, lo cual a su vez genera sobrecarga de los centros endoscópicos, y retraso considerable en relación con aquellos procedimientos que sí están bien justificados.

En el ámbito mundial, en Europa, se realizó un metaanálisis en el año 2010 en el que se reportó que del total de EGDs indicadas, el 22% correspondía a referencias inapropiadas. Estudios posteriores por Crowel et al, Abdulrahman et al, y Mangualde et al, reportaron resultados similares. En Latinoamérica, en el estudio realizado en 2018, en dos hospitales de Quito, se logró determinar que el 61% de EGDs se solicitaron apropiadamente de acuerdo con las directrices de la ASGE, mientras que el resto no siguieron dichas recomendaciones. La falta de conocimiento o la falta de consenso en base a las características de la población es probablemente la causa estos resultados. (Rodríguez Moreno, 2018).

En nuestro país, a pesar de que se presenta la misma problemática, no se

han realizado investigaciones que evalúen el cumplimiento de las guías internacionales con relación a los criterios más apropiados para realizar una esofagogastroduodenoscopia, lo que sería importante ya que en el ámbito público se podrían generar grandes pérdidas económicas, así como retrasos innecesarios en los procedimientos endoscópicos de aquellos pacientes que sí tienen una indicación justificada (S. Rajan et al, 2019), lo que a su vez podría aumentar las tasas de comorbilidad y de mortalidad, sobre todo en aquellas relacionadas a enfermedades preneoplásicas o neoplásicas, respectivamente.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar si las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia (EGD) realizadas en el Centro Médico Naval CMST en el primer trimestre de 2024, se adhieren a los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE).

Basándose en las indicaciones endoscópicas aprobadas y validadas científicamente por un amplio consenso de expertos, la determinación del grado de adhesión a los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal optimizaría los recursos humanos y económicos del Centro Médico Naval CMST.

## **1.2 Formulación del problema:**

¿Existe adherencia a los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, en relación con las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia, en el servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara?

## **1.3 Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar la frecuencia con la que se cumplen los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, en relación con las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia.

### **Objetivos específicos**

- Determinar con qué frecuencia se cumplen los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, en relación con las indicaciones de esofagogastroduodenoscopías realizadas por los médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, en el primer trimestre de 2024.
- Determinar el porcentaje de médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval que se adhieren a los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, en relación con las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia.

#### **1.4 Justificación**

##### **Importancia**

El determinar si las indicaciones de esofagogastroduodenoscopías realizadas por los médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval son pertinentes en relación con los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, es de gran importancia para la institución ya que, de este modo se podrá determinar cuál es el porcentaje de solicitudes inadecuadas, formular estrategias para disminuirlas y con esto evitar el gasto innecesario que se genera, y por otro lado y aún más importante, acortar el tiempo de espera para aquellos estudios bien justificados.

##### **Viabilidad**

El Centro Médico Naval CMST, es un hospital de nivel III que cuenta con un servicio de gastroenterología en el que se realizan procedimientos endoscópicos rutinarios y de emergencia. Además, es un hospital docente que está abierto a la investigación científica para mejorar continuamente los servicios médicos que brinda. Esto hace que el proyecto sea viable.

#### **1.5 Limitaciones**

En cuanto a la validez interna de la investigación, es importante mencionar que, debido a que es un estudio observacional, retrospectivo basada en los datos de los registros médicos, es posible que haya un error en la selección de información y una falta de precisión en los datos registrados.



Por otro lado, debido a que la investigación se llevó a cabo en un solo centro endoscópico y fue de corta duración, es posible que no se pueda generalizar esta información no se pudiera generalizar a otros establecimientos de salud.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

F. Froehlich et al., en 1997, durante la reunión anual de la Sociedad Americana de Gastroenterología (AGA), presentaron un trabajo de tipo prospectivo, que se realizó durante un período de 6 meses, en base a las indicaciones de EGD en 6 establecimientos de salud, que incluían un hospital universitario, dos hospitales de distrito y tres consultorios de gastroenterología. Dicho estudio tenía como finalidad, analizar la relación entre la idoneidad de la indicación de la EGD de acuerdo con los criterios suizos desarrollados por el panel RAND/UCLA, y la presencia de lesiones endoscópicas relevantes. De un total de 1681 pacientes enviados con indicación de EGD, el 46% fueron consideradas como apropiadas, el 15% inciertas y el 39% inapropiadas. En los grupos de EGD con indicación incierta o apropiada, se encontraron hallazgos endoscópicos significativamente más relevantes (60%), que en las catalogadas como inapropiadas (37%). En base a los datos obtenidos, se pudo concluir que al realizar EGDs con indicaciones adecuadas o apropiadas, nos permite obtener hallazgos endoscópicos significativamente más relevantes, por lo que el uso de los criterios establecidos para EGDs optimiza la selección de pacientes, y el uso de recursos (6).

A. Sánchez-del Río et al., en 2004, condujeron un estudio prospectivo por 9 meses, involucrando a pacientes de dos unidades de endoscopia digestiva de la isla de Tenerife. El estudio consistió en evaluar las indicaciones de endoscopia digestiva, según los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) y de un panel de expertos europeos (EPAGE), solicitadas por un grupo de médicos generales y por otro de médicos gastroenterólogos. De acuerdo con los criterios de la ASGE, 25 solicitudes (18.4%) de un total de 136 pacientes atendidos por médicos generales y 32 solicitudes (18.6%) de un total de 172 pacientes atendidos por médicos gastroenterólogos, presentaron una indicación inadecuada del estudio; lo cual no representaba una diferencia significativa. Por otro lado, según los criterios del panel de expertos (EPAGE), 16 solicitudes (11.8 %) realizadas por

médicos generales y 19 solicitudes (11 %) enviadas por médicos gastroenterólogos, tenían una indicación inadecuada, que no representaba una diferencia significativa entre los dos grupos. Concluyen que el grado de idoneidad de las solicitudes de EDA realizadas por médicos generales y médicos gastroenterólogos es similar, lo que permitiría evaluar la posibilidad de implementar unidades de endoscopía digestiva de acceso abierto (7).

K. Tachi et al., en 2011, publicaron un estudio prospectivo transversal, en el hospital universitario Korle-Bu, Accra. Este estudio evaluó la pertinencia de las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia y su relación con hallazgos relevantes. Un total de 375 pacientes con indicación de EGD diagnóstica fueron incluidos con la finalidad de determinar si estas indicaciones eran apropiadas o no, según los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal; además, se verificaron los hallazgos endoscópicos relevantes. Se obtuvieron los siguientes resultados: de la población 209 (55,7%) eran mujeres, con una edad promedio de 46 +- 17 años; 221 (58,9%) se clasificaron como indicaciones apropiadas. La investigación concluyó que había una tasa elevada de indicaciones no apropiadas de EGD, que mejoraba con la adherencia a las guías de la ASGE, sin embargo, la precisión de sus recomendaciones para detectar lesiones fue muy baja, por lo que no recomiendan su uso rutinario (8).

En 2015, M. González et al., llevaron a cabo un estudio retrospectivo, que incluyó a pacientes del hospital del centro de México a los que se les realizó esofagogastroduodenoscopia diagnóstica, entre 2006 y 2010. De los 3467 procedimientos realizados, el 36.6% cumplieron con las directrices de la Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal (ASGE). Según el análisis estadístico, el estudio encontró una sensibilidad del 37% y una especificidad del 64%. Además, determinaron tres factores asociados a diagnósticos relevantes que fueron: edad mayor de 40 años, indicación realizada por un médico especialista y el diagnóstico por el cual el paciente fue referido para el estudio endoscópico. Concluyeron que, la adherencia a las guías de ASGE en este estudio era baja, quizás en relación con que en dicho hospital se cuenta con un sistema de acceso abierto (9).

A. Rodríguez y R. Pincay, en 2018, realizaron un estudio transversal en dos hospitales de Quito los meses de marzo y abril de 2018, con una muestra de 697 pacientes que tenían indicación para EGD. Del total de la muestra, el 58% eran mujeres y el 42% eran hombres, con una edad promedio de 52,81 años y una desviación de 15.5 años. En cuanto a los resultados, se determinó que la especialidad de Gastroenterología solicitó un 71% de los estudios endoscópicos altos, mientras que el resto, fueron indicadas por otras especialidades médicas. La indicación principal de EGD fue la dispepsia en un 46%, la enfermedad por reflujo gastroesofágico en un 16%, lesiones preneoplásicas en un 10% y otras en un menor porcentaje. Por otro lado, con relación a la pertinencia de la indicación de las EGDs, se determinó que un 61% del total de solicitudes eran adecuadas, siendo el restante 39% no adecuadas. Se concluyó entonces que, no hay una buena adherencia de los médicos especialistas a las guías o recomendaciones de la Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal, lo cual influye en que no se utilice de manera correcta y eficiente este procedimiento diagnóstico (10).

Un estudio analítico prospectivo publicado por S. Rajan et al., en 2019 para evaluar la idoneidad de las indicaciones de endoscopía de acuerdo a los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal (ASGE), en una muestra de población de la India. Concluyeron que, las indicaciones apropiadas representaron el 85,9%, mientras que las indicaciones inapropiadas fueron el 14,1% del total de endoscopías. Por otro lado, se determinó el rendimiento diagnóstico tanto de las indicaciones inapropiadas como de las apropiadas, siendo del 69.5% y del 55.1%, respectivamente; la diferencia resultó ser estadísticamente significativa ( $P=0,003$ ; OR – 1,857) (11).

C. Leal et al., publicaron un estudio prospectivo multicéntrico en 2021 en 7 hospitales de México, de los cuales dos eran públicos y cinco privados. El propósito del estudio fue determinar la idoneidad de las indicaciones para esofagogastroduodenoscopia (EGD) o colonoscopia, de los pacientes programados para estos procedimientos. Con relación a la EGD, para determinar la idoneidad de las indicaciones se utilizó las pautas de la Sociedad Americana de Endoscopía Gastrointestinal (ASGE). Se estudió una muestra de

215 pacientes, compuesta en un 43.7% por varones, con un promedio de edades de 61,0 +- 15,1 años; el 54% (116) del total eran de hospitales públicos, el 34,9% (75) de las indicaciones fueron realizadas por médicos gastroenterólogos; se determinó que el 62.3% (134) del total tuvieron una indicación adecuada: de éstos el 42.4% provenían de hospitales privados y el 79,3% de hospitales públicos (OR: 5,20; IC: 95%). La tasa de indicaciones de EGD adecuadas realizadas por médicos gastroenterólogos fue del 74,7%, contrastada con un 56,1% de indicaciones realizadas por otros especialistas (OR:2,31; IC: 95%). En este estudio se concluyó que, un gran porcentaje de las endoscopías realizadas, se hicieron sin tener una indicación adecuada, lo que finalmente no contribuyó a diagnóstico final de los pacientes atendidos (12).

## **2.2 Bases Teóricas**

### **Etimología**

Para entender que es y cómo surge la endoscopia, debemos iniciar conociendo la etimología de esta palabra, que deriva del adverbio griego *endo*, (dentro o interior); y de *scopia*, del verbo *skopein*, referido a ver u observar; lo que en conjunto significa "*observar el cuerpo desde su interior*" (13).

### **Reseña Histórica**

La noción de estudiar el cuerpo humano desde el interior existe desde la antigüedad; los griegos y egipcios sugirieron hacerlo a través de aberturas naturales con espejos. Con el tiempo, este concepto se ha desarrollado con la ayuda de la tecnología, así, hemos podido crear herramientas como endoscopios, que nos han permitido realizar procedimientos de modo menos invasivo, e incluso han ido ganado terreno en el campo de la cirugía en sus diferentes especialidades (13).

Désormeaux fue el primero en adoptar el nombre de "endoscopio" en 1853." al inventar un dispositivo para evaluar el tracto urinario. Tras el descubrimiento de la luz incandescente por parte de Thomas Edison, Mikulicz inventó el gastroscopio. A finales del siglo XIX, se añadió un mecanismo de amplificación que permitió utilizar proctoscopios para explorar el recto.

Después del desarrollo de la fibra óptica en 1959, se creó el endoscopio flexible, también conocido como fibroscopio. Esto permitió la exploración de la vía biliar sin provocar lesiones térmicas. En 1965, la ampolla de Vater se canalizó con éxito bajo guía de fluoroscopia, preparando el camino para el desarrollo de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Posteriormente, en 1980, se desarrolló la ultrasonografía endoscópica, inicialmente como un método diagnóstico de las patologías benignas y malignas del tracto gastrointestinal, y posteriormente como herramienta terapéutica (13).

Actualmente, contamos con endoscopios de última generación, siendo Olympus y Fujinon, los principales fabricantes de endoscopios a nivel mundial, resultando cada vez de mayor utilidad para el especialista, con funciones avanzadas como magnificación y cromoendoscopia, que permiten visualizar las imágenes con mayor detalle lo que permite determinar si estamos frente a lesiones benignas, preneoplásicas o neoplásicas.

### **Definición de Esofagogastroduodenoscopia o Endoscopia Alta**

La esofagogastroduodenoscopia (EGD) o también conocida como endoscopia digestiva alta en nuestro medio, se define como una exploración del esófago, estómago y la porción proximal del intestino delgado, mediante un endoscopio.

No se puede negar que la endoscopia gastrointestinal, ha evolucionado grandemente con el tiempo y el avance tecnológico, es por esto que actualmente la esofagogastroduodenoscopia es sin duda el procedimiento más solicitado en Gastroenterología, y como especialistas es nuestro deber tener pleno conocimiento de los hallazgos endoscópicos que caracterizan las diversas patologías del tracto digestivo superior y así solicitar este procedimiento de manera prudente, para lo cual podemos tomar en cuenta las recomendaciones de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal.

## **Indicaciones generales de endoscopia de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) (3)**

La endoscopia gastrointestinal generalmente está indicada:

1. Si es probable un cambio de manejo según los resultados de la endoscopia.
2. Después de que un ensayo empírico de terapia para un presunto trastorno digestivo benigno no haya tenido éxito.
3. Como método inicial de evaluación como alternativa a los estudios radiográficos.
4. Cuando se contempla un procedimiento terapéutico primario.

La endoscopia gastrointestinal generalmente no está indicada:

1. Cuando los resultados no contribuirán a la elección del manejo.
2. Para el seguimiento periódico de una enfermedad benigna curada, a menos que se justifique la vigilancia de una afección premaligna.

La endoscopia gastrointestinal generalmente está contraindicada:

1. Cuando se considera que los riesgos para la salud o la vida del paciente superan los beneficios más favorables del procedimiento.
2. Cuando no se puede obtener la cooperación o el consentimiento adecuado del paciente.
3. Cuando se conoce o sospecha una víscera perforada.

## **Indicaciones específicas para Esofagoduodenoscopia (EGD) de acuerdo con las directrices de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) (3)**

La EGD generalmente está indicada para evaluar:

1. Síntomas abdominales superiores que persisten a pesar de una prueba terapéutica adecuada.
2. Síntomas abdominales superiores asociados a otros síntomas o signos que sugieren una enfermedad estructural (por ejemplo: anorexia, pérdida de peso) o síntomas de nueva aparición en pacientes mayores de 50 años.
3. Disfagia u odinofagia.

4. Síntomas de reflujo esofágico que persisten o recurren a pesar del tratamiento adecuado.
5. Vómitos persistentes de causa desconocida.
6. Otras enfermedades en las que la presencia de patología gastrointestinal superior podría modificar otros tratamientos planificados.
7. Síndrome de poliposis adenomatosa familiar.
8. Para confirmación y diagnóstico histológico específico de lesiones demostradas radiológicamente:
  - a. Sospecha de lesión neoplásica.
  - b. Úlcera gástrica o esofágica.
  - c. Estenosis u obstrucción del tracto superior.
9. Sangrado gastrointestinal:
  - a. En pacientes con sangrado activo o reciente.
  - b. Para la presunta pérdida crónica de sangre y para la anemia ferropénica, cuando la situación clínica sugiere un origen gastrointestinal superior y cuando la colonoscopia no proporciona una explicación.
10. Cuando está indicado el muestreo de tejido o líquido.
11. Pacientes seleccionados con sospecha de hipertensión portal para documentar o tratar várices esofágicas.
12. Evaluar la lesión aguda después de la ingestión de cáusticos.
13. Para evaluar la diarrea en pacientes con sospecha de enfermedad del intestino delgado.
14. Tratamiento de lesiones sangrantes como úlceras, tumores, anomalías vasculares.
15. Eliminación de cuerpos extraños.
16. Eliminación de lesiones seleccionadas.
17. Colocación de sondas de alimentación o drenaje.
18. Dilatación y colocación de stent en lesiones estenóticas.
19. Manejo de acalasia.
20. Tratamiento paliativo de neoplasias estenosantes.
21. Terapia endoscópica de la metaplasia intestinal.
22. Evaluación intraoperatoria de reconstrucciones anatómicas típicas de la



cirugía [moderna] del intestino anterior.

### 23. Manejo de complicaciones quirúrgicas. \*\*\*\*\*

La EGD generalmente no está indicada para evaluar:

1. Síntomas que se consideran de origen funcional.
2. Adenocarcinoma metastásico de sitio primario desconocido cuando los resultados no alteren el manejo
3. Hallazgos radiológicos de:
  - a. Hernia hiatal deslizante asintomática o no complicada.
  - b. Úlcera duodenal no complicada que ha respondido al tratamiento.
  - c. Bulbo duodenal deformado cuando los síntomas están ausentes o responden adecuadamente al tratamiento de la úlcera.

La EGD secuencial o periódica generalmente no está indicada para:

1. Vigilancia de malignidad en pacientes con atrofia gástrica, anemia perniciosa, glándulas fúndicas o pólipos hiperplásicos, metaplasia intestinal gástrica u operaciones gástricas previas por enfermedad benigna.
2. Vigilancia de enfermedades benignas curadas, como esofagitis y úlcera gástrica o duodenal.

## 2.3 Definición de Términos Básicos

### **Acalasia**

Patología esofágica que se caracteriza por la falta de relajación del esfínter esofágico inferior, lo que se debe a una alteración de las neuronas mientéricas. Esta enfermedad se manifiesta clínicamente por disfagia a sólidos, líquidos o a ambos, dolor retroesternal, regurgitación esofágica, hiporexia y baja de peso (14).

### **Anemia perniciosa**

Patología hematológica que se caracteriza por la incapacidad del organismo para absorber de forma adecuada la vitamina B12, lo que trae como consecuencia un recuento disminuido de glóbulos rojos (15).

### **Consenso de expertos**

Se trata de una conferencia científica en la que un conjunto de expertos, respecto a un determinado tema de discusión, se reúne y cada uno expone su trabajo de investigación, seguido de un debate democrático, al finalizar un jurado multidisciplinario se encarga de sintetizar los conocimientos, basados en la mejor evidencia científica, de manera independiente y objetiva (16-17).

### **Endoscopio**

El endoscopio es un instrumento de forma tubular, fabricado de un material flexible, dotado en su porción terminal de una cámara, que recoge imágenes en tiempo real de la mucosa gástrica e intestinal, las que son transmitidas a un monitor permitiendo su evaluación por los médicos especialistas y de este modo determinar características particulares que nos lleven al diagnóstico endoscópico del paciente, así como también la toma de muestras para confirmar el diagnóstico con el análisis histopatológico de los tejidos, y finalmente definir el manejo más adecuado para el paciente (18).

### **Enfermedad estructural**

Es aquella enfermedad o patología, en la que al ser estudiada mediante evaluación directa (al examen físico) o mediante exámenes complementarios (de imágenes, laboratorio, etc), se determina que hay una alteración evidente la cual justificaría su ocurrencia.

### **Enfermedad funcional**

Es aquella enfermedad o patología, en la que al ser estudiada mediante evaluación directa (al examen físico) o mediante exámenes complementarios (de imágenes, laboratorio, etc), no se determina una alteración evidente que justifique su ocurrencia.

## CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Hipótesis

Debido al diseño de la investigación, en el presente trabajo no se ha planteado hipótesis.

### 3.2 Variables

#### Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORÍA	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Síntomas abdominales superiores persistentes a pesar de prueba terapéutica.	Cualitativa	Se evalúa TGIS en busca de lesiones que justifiquen sintomatología de abdomen superior	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Síntomas abdominales superiores que sugieren enfermedad estructural o síntomas de nueva aparición en pacientes mayores de 50 años.	Cualitativa	Para determinar lesiones que justifiquen sintomatología de abdomen superior persistente o síntomas de nueva aparición en pacientes mayores de 50 años	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Disfagia u odinofagia	Cualitativa	Se evalúa TGIS en busca de lesiones que justifiquen disfagia u odinofagia	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Síntomas de reflujo esofágico que persisten o recurren a pesar de tratamiento adecuado.	Cualitativa	Se evalúa TGIS en busca de lesiones que justifiquen ERGE	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Vómitos persistentes de causa desconocida.	Cualitativa	Se evalúa TGIS en busca de alteraciones que justifiquen vómitos persistentes	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Otras enfermedades en los que la presencia de patología gastrointestinal superior podría modificar tratamientos planificados.	Cualitativa	Se realiza exploración del TGIS en busca de alteraciones que puedan modificar un tratamiento planificado	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>TIPO POR SU NATURAL EZA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Síndrome de poliposis adenomatosa familiar.	Cualitativa	Se realiza búsqueda de pólipos por antecedente de SPAF	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Para confirmación y diagnóstico histológico específico de lesiones demostradas radiológicamente.	Cualitativa	Se realiza exploración del TGIS en busca de lesiones vistas por imagenología	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Sangrado gastrointestinal.	Cualitativa	Se realiza exploración del TGIS en busca de lesiones con sangrado activo	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Cuando está indicado el muestreo de tejido o líquido.	Cualitativa	Se realiza toma de muestras de tejido o líquidos	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Pacientes seleccionados con sospecha de hipertensión portal para documentar o tratar várices esofágicas.	Cualitativa	Se explora TGIS por sospecha de VVEE y posibilidad de realizar terapia endoscópica	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Evaluar lesión aguda después de la ingestión de cáusticos.	Cualitativa	Se explora TGIS en busca de lesiones tras la ingestión de cáusticos	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Para evaluar la diarrea en pacientes con enfermedad del intestino delgado.	Cualitativa	Se evalúa TGIS y se toman muestras para evaluar alteraciones del intestino delgado que pueden ser causa de diarrea	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Tratamiento de lesiones sangrantes como úlceras, tumores, anomalías vasculares.	Cualitativa	Se realiza el manejo de lesiones sangrantes, tumores, alteraciones vasculares	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Eliminación de cuerpos extraños.	Cualitativa	Se extraen cuerpos extraños	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías

<b>VARIABLES</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>TIPO POR SU NATURAL EZA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN</b>
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Eliminación de lesiones seleccionadas.	Cualitativa	Se extrae una o más lesiones	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Colocación de sondas de alimentación o drenaje.	Cualitativa	Se realiza la colocación de sonda de alimentación o drenaje	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Dilatación y colocación de stent en lesiones estenóticas.	Cualitativa	Se realiza tratamiento endoscópico de lesiones estenosantes	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Manejo de acalasia.	Cualitativa	Se realiza el tratamiento endoscópico de la acalasia	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Tratamiento paliativo de lesiones estenosantes.	Cualitativa	Se realiza dilatación endoscópica de lesiones estenosantes	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Terapia endoscópica de la metaplasia intestinal.	Cualitativa	Se realiza el tratamiento endoscópico de la metaplasia intestinal	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Evaluación intraoperatoria de reconstrucciones anatómicas típicas de la cirugía del intestino anterior.	Cualitativa	Se realiza un control endoscópico intraoperatorio de cirugía del intestino anterior	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías
Adherencia al Protocolo de la ASGE	Manejo endoscópico de complicaciones quirúrgicas	Cualitativa	Se ha registrado una complicación quirúrgica susceptible de ser intervenida endoscópicamente	Nominal Dicotómica	Si No	Informes de endoscopías

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño Metodológico**

El presente proyecto es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal.

El estudio es de tipo observacional ya que no controlarán las variables del estudio; es descriptivo porque se recolectará la información sin manipularla; es retrospectivo porque los datos se recolectarán de los informes de esofagogastroduodenoscopia de la base de datos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval CMST, realizados durante el primer trimestre del año 2024 y es transversal porque las variables serán medidas en una sola ocasión, en un tiempo determinado.

### **4.2 Diseño muestral**

#### **Población de universo**

Todos los médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval CMST, que realizan indicaciones de esofagogastroduodenoscopia.

#### **Población de estudio**

Todos los médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval CMST, que realizaron indicaciones de esofagogastroduodenoscopia, durante el primer trimestre del año 2024, que cumplen con los criterios de selección.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Indicaciones de esofagogastroduodenoscopías de pacientes mayores de 18 años.
- Indicaciones de esofagogastroduodenoscopías realizadas durante el primer trimestre del año 2024.

#### **Criterios de exclusión**

- Informes de esofagogastroduodenoscopia incompletos, que no registren indicación.

### **Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra incluirá a toda la población de estudio, que cumpla con los criterios de selección, lo cual constituye un aproximado de 600 informes, de acuerdo con el promedio de esofagogastroduodenoscopías realizadas mensualmente en el servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval CMST.

### **Muestreo**

La selección de la muestra será de tipo no probabilístico o dirigida, ya que basaremos la selección de esta en los criterios de inclusión de la investigación.

## **4.3 Técnicas de recolección de datos**

### **Instrumentos de recolección y medición de variables**

La recolección de la información se realizará de la base de datos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval CMST, mediante la ficha de recolección de datos diseñada para el presente estudio (Anexo 1).

Por otro lado, se revisarán también las historias clínicas de los pacientes, para indagar acerca de antecedentes patológicos y quirúrgicos, que sean de interés para el presente estudio.

## **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Para determinar la adherencia de los médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval, a los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal con relación a las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia, se analizará la información de manera descriptiva ordenando los datos para obtener frecuencias y porcentajes que serán representados mediante tablas y gráficos, que permitan una fácil interpretación, llegar a conclusiones claras y emitir recomendaciones.

## **4.5 Aspectos éticos**

En el presente estudio no existe conflicto de intereses, se cuenta con la autorización del jefe del servicio de Gastroenterología, el director médico y el comité de Investigación y Ética del Centro Médico Naval CMST.

No se requirió consentimiento informado ya que no se tomaron datos

personales de los pacientes que se sometieron a esofagogastroduodenoscopia, ya que no eran pertinentes para el estudio.



## CRONOGRAMA

FASES	2024-2025							
	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV	DIC	ENE
Redacción final del proyecto de investigación	X							
Aprobación del proyecto de investigación	X							
Recolección de datos		X	X					
Procesamiento y análisis de datos				X				
Elaboración del informe					X			
Correcciones del trabajo de investigación						X		
Aprobación del trabajo de investigación							X	
Publicación del artículo científico								X

## PRESUPUESTO

---

<b>CONCEPTO</b>	<b>MONTO ESTIMADO</b>
Útiles de escritorio	100.00
Internet	100.00
Impresiones	80.00
Logística	100.00
Traslados	300.00
Otros	100.00
<b>TOTAL</b>	<b>780.00</b>

---

Fuente de financiación:  
el investigador

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Peery AF et al. Burden and costo f gastrointestinal, liver and pancreatic diseases in the United States: update 2018. *Gastroenterology* 2019 Jan; 156 (1): 254-72. e11.
2. Chandrasekhara V. et al. ASGE Standards of Practice Commitee. Open Access endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* 2015; 81 (6): 1326-9.
3. Early DS, Ben-Menachem T, Decker GA, Evans JA, Fanelli RD, Fisher DA, et al. Appropriate use of GI endoscopy. *Gastrointestinal Endoscopy* [Internet]. 2012 Jun;75(6):1127–31.  
[https://www.nghd.pt/uploads/appropriate\\_use\\_of\\_gi\\_endoscopy.pdf](https://www.nghd.pt/uploads/appropriate_use_of_gi_endoscopy.pdf)
4. Rajan S. et al. Appropriateness of American Society for Gastrointestinal Endoscopy: A prospective analytical study. *Cureus*. 2019 Feb; 11 (2): e 4062.
5. Di Giulio E, Hassan C. et al. Appropriateness of the indication for upper endoscopy: A meta-analysis. *Digestive Liver Disease*. 2010 Feb; 42 (2): 122-6.
6. F. Froehlich et al. Is the diagnostic yield of upper GI endoscopy improved by the use of explicit panel-based appropriateness criteria?. Annual meeting of the American Gastroenterological Association, May 11-14, 1997, Washington, DC (*Gastroenterology* 1997; 112:A39).
7. A. Sánchez-del Río et al. Idoneidad de las indicaciones de la endoscopia digestiva alta en unidades de acceso abierto. *Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias. Tenerife. España. 2003.*
8. Tachi, K., & Nkrumah, K.N. (2011). Appropriateness and diagnostic yield of referrals for oesophagogastroduodenoscopy at the Korle Bu Teaching Hospital. *West African journal of medicine*, 30 3, 158-63 .
9. M. González et al. Indicaciones para esofagogastroduodenoscopia. Utilidad de las guías de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal (ASGE) en un hospital del bajío mexicano. *Endoscopia*. 2015; 27(4): 156-161.
- 10.A. Rodríguez y R. Pincay. Análisis de las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia y su relación con los hallazgos endoscópicos e histopatológicos mediante los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal en dos Hospitales de Quito en un Bimestre del 2018.
- 11.S. Rajan et al. Appropriateness of American Society por Gastrointestinal Endoscopy Guidelines for Upper Gastrointestinal Endoscopy: A Prospective Analytical Study. *Cureus*, 11(2), e4062. (February 13, 2019).

12. C. Leal et al. Appropriateness of Endoscopic Procedures: A Prospective, Multicenter Study. GE Port J Gastroenterol 2022; 29:5-12.
13. Herrera-Esquivel J, Patiño-Suárez K, Délano-Alonso R, Valenzuela-Salazar C, Bonilla-Salado A. Evolución de la endoscopia y la cirugía endo/laparoscópica; pasado, presente y futuro CIRUGÍA ENDOSCÓPICA 2018 <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2018/ce183i.pdf>
14. Ruiz de León San Juan A., Pérez de la Serna Bueno J. A.. Acalasia. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2008 Mayo; 100( 5 ): 304-304. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082008000500012&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000500012&lng=es).
15. Paz R. de, Hernández-Navarro F.. Manejo, prevención y control de la anemia megaloblástica secundaria a déficit de ácido fólico. Nutr. Hosp. [Internet]. 2006Feb;21(1):113-119. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112006000100019&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000100019&lng=es)
16. Los grupos de discusión como una experiencia de investigación evaluativa para el alumnado en prácticas de Educación Social [Internet]. RES. Revista de Educación Social. 2018. Disponible en: <https://eduso.net/res/revista/26/miscelanea/los-grupos-de-discusion-como-una-experiencia-de-investigacion-evaluativa-para-el-alumnado-en-practicas-de-educacion-social>
17. ¿Qué es una Conferencia? Concepto, objetivos y estructura [Internet]. Ceupe. Disponible en: <https://www.ceupe.com/blog/conferencia.html>
18. Vista de El endoscopio en gastroenterología. Breve reseña [Internet]. Revistamedicina.net. Disponible en: <https://revistamedicina.net/index.php/Medicina/article/view/2196/2738>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Título	Pregunta de Investigación	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de Recolección de datos
Adherencia a los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal para la indicación de Esofagogastroduodenoscopia - Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara	¿Existe adherencia a los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, con relación a las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia, en el servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara?	<p><b>Objetivo General:</b> Determinar con que frecuencia se cumplen los criterios de la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, con relación a las indicaciones de esofagogastroduodenoscopia.</p> <p><b>Objetivo Específico:</b> Determinar con que frecuencia se cumplen los criterios establecidos por la Sociedad Americana de Endoscopia Gastrointestinal, con relación a las indicaciones de esofagogastroduodenoscopias realizadas por los médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, en el primer trimestre del año 2024.</p>	Debido al diseño de la investigación en el presente trabajo no se ha planteado hipótesis	El presente proyecto es un estudio de tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal	Todos los médicos del servicio de Gastroenterología del Centro Médico Naval Cirujano Mayor Santiago Távara, que realizan indicaciones de esofagogastroduodenoscopia	Ficha de recolección de datos

## 2. Instrumento de recolección de datos

<b>ADHERENCIA A LOS CRITERIOS DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE            ENDOSCOPIA GASTROINTESTINAL PARA LA INDICACIÓN DE            ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA - CENTRO MÉDICO NAVAL CMST            FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	
Sexo:	
Edad:	
Fecha de procedimiento:	
Médico que indicó EGD:	
Indicación de EGD:	
Criterio de la ASGE que cumple:	
1) Síntomas abdominales superiores que persisten a pesar de prueba terapéutica	
2) Síntomas abdominales superiores asociados a otros síntomas o signos que sugieren una enfermedad estructural o síntomas de nueva aparición en mayores de 50 años	
3) Disfagia u odinofagia	
4) Síntomas de reflujo esofágico que persisten o recurren a pesar del tratamiento adecuado	
5) Vómitos persistentes de causa desconocida	
6) Otras enfermedades en las que la presencia de patología gastrointestinal superior podría modificar un tto planificado	
7) Síndrome de poliposis adenomatosa familiar	
8) Para confirmación y diagnóstico histológico específico de lesiones demostradas radiológicamente	
9) Sangrado gastrointestinal: a. Activo o reciente. b. Presunta pérdida crónica de sangre y anemia ferropénica	
10) Cuando está indicado el muestreo de tejido o líquido	
11) Pacientes con sospecha de HTP: detectar y tratar VVEE	
12) Evaluar lesiones por ingestión de cáusticos	
13) Evaluar diarrea en pacientes con sospecha de enfermedad del intestino delgado	
14) Tratamiento de lesiones sangrantes: úlceras, tumores, alteraciones vasculares	
15) Extracción de cuerpos extraños	
16) Eliminación de lesiones seleccionadas	
17) Colocación de sondas de alimentación y drenaje	
18) Dilatación y colocación de stent en lesiones estenóticas	
19) Manejo de acalasia	
20) Tratamiento paliativo de neoplasias estenosantes	
21) Terapia endoscópica de la metaplasia intestinal	
22) Evaluación intrasop de reconstrucciones anatómicas típicas de la cirugía del intestino anterior	
23) Manejo de complicaciones quirúrgicas	
No cumple con ningún criterio de la ASGE	

## **¿Cómo aplicar la ficha de recolección de datos?**

Se ingresan los datos consignados en la ficha.

Se verifica si la indicación coincide con al menos uno de los 23 criterios de la ASGE y se coloca un check en el recuadro correspondiente; de lo contrario se hará el check en el recuadro que dice “No cumple con ningún criterio de la ASGE”.

De acuerdo con los resultados, se construirán tablas sencillas, que indicarán la cantidad y porcentaje de indicaciones que Cumplen o No Cumplen con los criterios de la ASGE.