

## Correlación clínica en enfermedad ulcerosa diagnosticada por endoscopia

Mónica Bejarano

### Resumen

Se realizó un estudio analítico de tipo casos y controles, donde se incluyeron 1155 individuos que consultaron a la Clínica Rafael Uribe Uribe en Cali, Colombia, por sintomatología digestiva y en quienes realizó endoscopia digestiva alta entre febrero y julio de 2003. Se identificaron como casos los individuos con diagnóstico de úlcera péptica (161 personas) y como controles se seleccionaron los individuos con diagnóstico endoscópico de dispepsia no ulcerosa (994 personas). Los síntomas referidos con mayor frecuencia fueron ardor o dolor epigástrico (77%), vómito (72%), náuseas (55%) y cólico abdominal (45%). Al evaluar su exactitud diagnóstica para úlcera péptica se encontró que aunque la sensibilidad llega a ser alta (99%), la especificidad es muy baja, así como el valor predictivo positivo (máximo 15%). El único síntoma que se asocia de manera significativa con la úlcera péptica es el vómito (OR 2.2 - 4.5).

No se encontró una buena correlación entre los síntomas descritos y el hallazgo endoscópico de úlcera péptica; por eso es necesario realizar endoscopia digestiva alta a todo paciente con síntomas digestivos, para aclarar su origen.

**Palabras clave:** úlcera péptica, dispepsia, síntomas, diagnóstico

### Summary

A case and control study was done, including 1155 individuals who consulted to the Rafael Uribe Uribe Clinic in Cali, Colombia, because of digestive symptoms and were subject to upper gastrointestinal endoscopies between february and july of 2003. There were 161 cases with diagnosis of peptic ulcer and 994 controls with diagnosis of non ulcer dyspepsia.

The most frequent symptoms were epigastric pain (77%), vomiting (72%), nausea (55%) and colic abdominal pain (45%). The diagnostic accuracy was not good, because even though sensitivity was high (99%), specificity was very low, as positive predictive value (maximum 15%). The only symptom that was statistically associated with peptic ulcer was vomiting (OR 2.2 - 4.5).

There was not a good correlation between described symptoms and endoscopic diagnosis of peptic ulcer, obligating to practice upper gastrointestinal endoscopies to every symptomatic patient to investigate the cause of symptoms.

**Key words:** peptic ulcer, dyspepsia, symptoms, diagnosis

Rev Colomb Gastroenterol 2004;19:247-252.

### Introducción

La úlcera péptica es un defecto en la mucosa gastrointestinal que se extiende a través de la muscularis de la mucosa y persiste en función de la actividad ácido-péptica en el jugo gástrico (1-3). Considerando la naturaleza agresiva del ambiente ácido péptico y los agentes dañinos que ingerimos, la úlcera péptica es sorprendentemente infrecuente, como tributo a los intrincados mecanismos que gobiernan la función de la mucosa gástrica y su reparación. Las úlceras ocu-

ren más frecuentemente cuando estos mecanismos normales se alteran por superposición de procesos (2).

La dispepsia es un problema común (25-50%) y costoso (4-6), definido como un complejo sintomático de dolor o malestar epigástrico, que se piensa originado en el tracto gastrointestinal alto. Estos síntomas son subjetivos y el médico debe interpretarlos. Más que una enfermedad específica, la dispepsia incluye ardor o quemazón, regurgitación de ácido, eructos exagerados, aumento de distensión abdominal, náuseas, sensación de digestión anormal o lenta, y llenura fácil. La duración no está especificada como parte de la definición, porque es muy variable. Según

Mónica Bejarano, MD. Cirujana General - Epidemióloga. Clínica Rafael Uribe Uribe IPS. ESE Antonio Nariño. Cali, Colombia.

Correspondencia: Mónica Bejarano, MD. Carrera 59 No. 11 B -56. Santiago de Cali. Teléfono: 3391002. E-mail: monicirugia@telesat.com.co

el Consenso de Roma se recomienda definir dispepsia como “dolor o malestar centrado en el abdomen superior” (4-10).

La dispepsia puede ser causada por una variedad de condiciones, siendo las principales úlcera duodenal o gástrica (15-25%), esofagitis por reflujo (5-15%) y cáncer de estómago o esófago (menos de 2% de los casos). Pero hasta 60% de los pacientes que se presentan con dispepsia no tiene una explicación estructural o bioquímica definida de sus síntomas y se considera como dispepsia funcional, referida en la literatura como dispepsia no ulcerosa.

El objetivo cuando se evalúa un paciente con síntomas gastrointestinales altos es llegar rápidamente a un diagnóstico definitivo, clasificando la condición del paciente como orgánica o funcional, sin exponer de manera innecesaria a procedimientos diagnósticos costosos o potencialmente peligrosos. Idealmente, la endoscopia debe ser realizada durante la fase sintomática de la enfermedad y en ausencia de cualquier terapia médica que pueda enmascarar características relevantes o interferir con la interpretación de anomalías endoscópicas (6, 11).

Las úlceras “endoscópicas” se han definido por un criterio de tamaño arbitrario, que no incluye la visualización de la profundidad como una característica necesaria, aunque algunos autores sí definen la úlcera como una lesión circunscrita en la mucosa, con un diámetro mínimo de 0.5 cm, que tiene una profundidad perceptible (12-14). Se ha encontrado, por ejemplo, en endoscopias de seguimiento que hay úlceras “endoscópicas” en 5-25% de los individuos que consumen antiinflamatorios no esteroideos (AINES), en contraste con las úlceras “clínicas”, definidas como úlceras demostradas por endoscopia asociadas con dispepsia severa u otras complicaciones, que tienen una tasa de 0,5-2% por paciente-año de uso de AINES (2).

La endoscopia digestiva alta es el procedimiento de elección para el diagnóstico de úlceras, por su alta sensibilidad. La endoscopia provee mejor exactitud diagnóstica que las radiografías con medio de contraste, es segura y permite la visualización directa y toma de biopsias, esenciales para evaluar la presencia de *H. pylori* o malignidad. La sensibilidad de la endoscopia depende del estándar dorado utilizado para la comparación; los endoscopistas experimentados probablemente detectan alrededor de 90% de las lesiones gastroduodenales encontradas por un segundo endoscopista, un radiólogo o en cirugía (2, 6, 15, 16).

Tomando como hipótesis que la sintomatología de los pacientes que consultan tiene un bajo poder de predicción para los hallazgos en la endoscopia digestiva alta, y no permite diferenciar por clínica entre enfermedad úlcero péptica y dispepsia no ulcerosa, se desarrolló este trabajo de investigación con el objetivo de correlacionar la sintomatología de los pacien-

tes atendidos en un centro asistencial con los hallazgos de la endoscopia digestiva alta y establecer su valor predictivo.

## Metodología

**Tipo de estudio:** se realizó un estudio analítico de tipo casos y controles

**Población:** la Clínica Rafael Uribe Uribe (CRUU) es una Institución Prestadora de Servicios de Salud que dependía hasta el año 2003 de la Vicepresidencia del Instituto de Seguro Social y ahora de la Empresa Social del Estado Antonio Nariño. Presta servicios médicos en los niveles II, III y IV de atención a beneficiarios del Instituto de Seguro Social, provenientes de Valle del Cauca y otros departamentos del suroccidente Colombiano.

Según estadísticas de la CRUU, durante el año 2001, 149783 usuarios solicitaron el servicio de Urgencias, se realizaron 94167 consultas de urgencia por médico general y 92627 consultas de urgencia por médico especialista y se hospitalizaron en observación de urgencias 9061 pacientes. En la CRUU la enfermedad úlcero péptica es una causa importante de consulta, debido a sus frecuentes complicaciones; se ha visto que asisten cerca de 500 pacientes por año sólo por hemorragia digestiva. Según estadísticas del Servicio de Endoscopia de la CRUU, durante los años 2001 y 2002 se realizaron más de 2000 endoscopias digestivas altas por año a personas hospitalizadas o ambulatorias.

Para el presente trabajo de investigación se consideró como población de estudio los pacientes mayores de 10 años, con sintomatología digestiva, que consultaron a la CRUU y se les realizó endoscopia digestiva alta entre febrero y julio de 2003.

**Criterios de inclusión:** se definió como Caso el paciente al que se le diagnosticó úlcera péptica por endoscopia digestiva alta. Se utilizó un Control de base hospitalaria, que fueron los pacientes atendidos en el mismo servicio, con diagnóstico endoscópico de dispepsia no ulcerosa o funcional.

**Criterios de exclusión:** para este estudio no se tuvieron en cuenta los individuos con cirugía abdominal previa que alterara la fisiología gastroduodenal o con diagnóstico de neoplasia en tracto digestivo alto.

**Muestra:** utilizando el programa de EPInfo 2002 (versión enero 2003), definiendo un valor de significancia de 95% y un poder de 80%, se calculó un tamaño de muestra mínimo de 78 casos.

**Cuestionario:** el interrogatorio al (a la) paciente se realizó antes de practicar la endoscopia digestiva alta. Para la recolección de los datos se diseñó un formulario donde se incluyeron preguntas cerradas, con opciones múltiples.

**Endoscopia:** las endoscopias digestivas fueron practicadas por médicos internistas gastroenterólogos o

cirujanos generales, que laboran en el Servicio de Endoscopia de la CRUU, y cuentan con amplia experiencia en la realización de estos procedimientos. Se utilizó un equipo de endoscopia de fibra óptica Olympus Excera CV 145, con una fuente de luz halógena Olympus Excera CLE 145 y un monitor Olympus OEV 143 Trinitron.

En general, las endoscopias realizadas en la sala de endoscopia de la clínica (ubicada en el primer piso) se hacen sin sedación. Para estandarizar los diagnósticos endoscópicos y mantener la calidad de los datos se insistió en que se siguiera de manera estricta la Clasificación Endoscópica de Gastritis y de Duodenitis de Sydney (1991) (17) y la nomenclatura OMED en endoscopia digestiva (1994) (18), evitando así la mala clasificación. Los resultados de la endoscopia fueron registrados directamente por el médico endoscopista.

**Control de sesgos:** para evitar el sesgo de selección se escogieron todos los pacientes a quienes se les aplicó la encuesta y se realizó endoscopia digestiva alta, por el grupo de endoscopistas de la CRUU, a partir de febrero de 2003 y hasta completar el tamaño de muestra.

Para evitar el sesgo de información el investigador recolectó la información tomando los datos consignados en la hoja de recolección diseñada para tal fin, y confirmando con los informes de endoscopia y los resultados histopatológicos. El interrogatorio del paciente se hizo antes de conocer el resultado de la endoscopia digestiva, para evitar saber si se trataba de un caso o de un control. Para evitar el sesgo de memoria, las preguntas referentes a consumo de medicamentos se limitaron a los treinta días antes de la realización del procedimiento diagnóstico.

**Base de datos:** se construyó la base de datos en el programa EPIInfo 2002 (versión Enero 2003), y se diseñó un programa de control de entrada de datos. Se revisó la presencia de errores de digitación en las entradas usando muestreo aleatorio simple y revisión manual de todos los registros, al momento de introducir los datos del informe histopatológico.

**Análisis estadístico:** el análisis estadístico se realizó mediante el programa de STATA 8.2. Se hizo primero el análisis exploratorio de datos, para conocer más detalladamente los valores de cada una de las variables y determinar patrones. Para cumplir con el objetivo de caracterizar según sintomatología se presentan las frecuencias y se hace un análisis de multiplicidad de síntomas. Luego se construyeron tablas de 2x2 para evaluar el grado de asociación entre cada uno de los síntomas y los diagnósticos estudiados, mediante el cálculo de OR y su IC95% binomial. Además, se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo de cada uno de los síntomas interrogados, tratando de evaluar su exactitud diagnóstica.

**Consideraciones éticas:** el proyecto de investigación se desarrolló de acuerdo con lo establecido en la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia, previa autorización de la Gerencia y la Oficina de Calidad de la Clínica Rafael Uribe Uribe. Puesto que no se intentó cambiar una conducta médica, sino tomar los datos por interrogatorio mediante una encuesta, se considera como una investigación sin riesgo, y por tanto el Consentimiento Informado se obtuvo sin formularse por escrito. Como toda investigación médica, prevaleció el criterio del respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de los pacientes.

## Resultados

Entre el 22 de febrero y el 7 de julio de 2003 se realizaron 1360 endoscopias digestivas altas en el Servicio de Endoscopia de la CRUU y se aplicó la encuesta a las personas que no tenían criterios de exclusión. Todos los individuos contactados aceptaron participar en el estudio y estuvieron dispuestos a contestar la encuesta. Finalmente, se incluyeron en el estudio 1155 individuos (84,9% de las endoscopias realizadas) que cumplían los criterios de inclusión. Los hallazgos endoscópicos que obligaron a la exclusión de pacientes fueron: anomalías esofágicas, neoplasias gástricas benignas o malignas, lesiones gástricas vasculares, cirugías previas y endoscopias normales, entre otros.

Según los hallazgos endoscópicos, en 161 pacientes (13,9% IC95% 12,0-16,0%) se encontró úlcera péptica y en 994 pacientes (86,0% IC95% 83,9-88,0%) se diagnosticó dispepsia no ulcerosa.

Durante el interrogatorio se preguntó específicamente por cuatro síntomas, considerados los más frecuentemente asociados a úlcera péptica: dolor o ardor epigástrico (epigastralgia), cólico abdominal, náuseas y vómito. Los síntomas descritos por los pacientes se presentan en la Tabla 1. De ellos, el síntoma referido con mayor frecuencia fue ardor o dolor epigástrico en más de tres cuartas partes de los individuos, seguido por vómito y náuseas en más de la mitad de los entrevistados. Llama la atención que al preguntar por otros síntomas aparecieron con alta frecuencia agrietas (IC95% 5,6-8,6%), distensión abdominal (IC95% 3,1-5,6%) y llenura (IC95% 3,0-5,8%).

Entre los pacientes con vómito (n=314), 183 (58,3% IC95% 52,6-63,8%) lo referían claro, blanco o amarillo, 28 (8,9% IC95% 6,0-12,6%) de color café, 33 (10,5% IC95% 7,3-14,4%) de color negro, y 42 (13,4% IC95% 9,8-17,6%) de color rojo. Respecto al color de la materia fecal, 522 pacientes (45,2% IC95% 42,3-48,1%) la referían clara o amarilla, 372 (32,2% IC95% 29,5-35,0%) de color café, 136 (11,8% IC95% 10,0-13,8%) de color negro y 21 (1,8% IC95% 1,1-2,8%) de color rojo.

**Tabla 1.** Síntomas referidos por los pacientes a quienes se realizó endoscopia digestiva alta en CRUU, Cali, 2003.

Síntomas	Dispepsia no ulcerosa (n=994)		Úlcera péptica (n=161)		Total de pacientes (n=1155)
	Frecuencia (%)	IC 95% Binomial	Frecuencia (%)	IC 95% Binomial	
Ardor o dolor epigástrico	774 (77.9%)	75.1 - 80.4%	116 (72.0%)	64.4 - 78.9%	890 (77.0%)
Cólico abdominal	453 (45.6%)	42.4 - 48.7%	64 (39.8%)	32.1 - 47.7%	517 (44.8%)
Náuseas	538 (54.1%)	51.0 - 57.2%	100 (62.1%)	54.1 - 69.6%	638 (55.2%)
Vómito	758 (76.2%)	73.5 - 78.9%	81 (50.3%)	42.3 - 58.3%	839 (72.6%)
Agrieras	78 (7.8%)	6.2 - 9.7%	3 (1.9%)	0.4 - 5.3%	81 (7.0%)
Distensión abdominal	48 (4.8%)	3.6 - 6.3%	1 (0.6%)	0.01 - 3.4%	49 (4.2%)
Llenura	46 (4.6%)	3.4 - 6.1%	2 (1.2%)	0.1 - 4.4%	48 (4.1%)
Reflujo	32 (3.2%)	2.2 - 4.5%	2 (1.2%)	0.1 - 4.4%	34 (2.9%)
Mareos / lipotimia	19 (1.9%)	1.1 - 3.0%	9 (5.6%)	2.6 - 10.3%	28 (2.4%)
Diarrea	24 (2.4%)	1.5 - 3.6%	4 (2.5%)	0.7 - 6.2%	28 (2.4%)
Eructos	22 (2.2%)	1.4 - 3.3%	3 (1.9%)	0.4 - 5.3%	25 (2.4%)
Dolor abdominal	21 (2.1%)	1.3 - 3.2%	3 (1.9%)	0.4 - 5.3%	24 (2.0%)
Estreñimiento	19 (1.9%)	1.1 - 3.0%	2 (1.2%)	0.1 - 4.4%	21 (1.8%)
Disfagia	20 (2.0%)	1.2 - 3.0%	1 (0.6%)	0.01 - 3.4%	21 (1.8%)
Cefalea	17 (1.7%)	1.0 - 2.7%	4 (2.5%)	0.7 - 6.2%	21 (1.8%)
Odinofagia	16 (1.6%)	1.0 - 2.6%			16 (1.4%)
Dolor retroesternal	11 (1.1%)	0.5 - 2.0%	3 (1.9%)	0.4 - 5.3%	14 (1.2%)
Adinamia o astenia	7 (0.7%)	0.3 - 1.4%	4 (2.5%)	0.7 - 6.2%	11 (0.9%)
Pérdida de peso	6 (0.6%)	0.2 - 1.3%	3 (1.9%)	0.4 - 5.3%	9 (0.8%)
Disnea	8 (0.8%)	0.3 - 1.6%			8 (0.7%)
Tos	7 (0.7%)	0.3 - 1.4%			7 (0.6%)
Fatiga	6 (0.6%)	0.2 - 1.3%			6 (0.5%)
Fiebre	5 (0.5%)	0.2 - 1.7%	1 (0.6%)	0.01 - 3.4%	6 (0.5%)
Dolor lumbar	3 (0.3%)	0.06 - 0.9%	2 (1.2%)	0.1 - 4.4%	5 (0.4%)
Secreción faríngea	4 (0.4%)	0.1 - 1.0%	1 (0.6%)	0.01 - 3.4%	5 (0.4%)
Anorexia o hiporexia	4 (0.4%)	0.1 - 1.0%			4 (0.3%)
Diaforesis	1 (0.1%)	0.00 - 0.6%	3 (1.9%)	0.4 - 5.3%	4 (0.3%)
Dolor piernas	3 (0.3%)	0.06 - 0.9%	1 (0.6%)	0.01 - 3.4%	4 (0.3%)
Hipo	3 (0.3%)	0.06 - 0.9%			3 (0.2%)
Gases	3 (0.3%)	0.06 - 0.9%			3 (0.3%)

Se agruparon los síntomas referidos por los pacientes, como se muestra en la Tabla 2, para identificar la frecuencia de síntomas múltiples. Se observa cómo casi una cuarta parte de los pacientes manifiesta uno solo de los síntomas interrogados, una cuarta parte manifiesta dos de los síntomas y otra cuarta parte tres síntomas, en diversas combinaciones.

Se evaluó adicionalmente la exactitud diagnóstica de cada uno de los síntomas de acuerdo con los hallaz-

gos endoscópicos, comparando entre los dos diagnósticos estudiados, dispepsia no ulcerosa y úlcera péptica (Tabla 3). Se observa cómo la mayor sensibilidad para diagnosticar úlcera péptica la tienen los síntomas cólico abdominal y vómito, alcanzando casi 99%, pero así mismo tienen la menor especificidad (casi 0%). El síntoma de ardor epigástrico tiene una sensibilidad intermedia (72%), con una especificidad baja (22%).

El valor predictivo positivo para estos cuatro síntomas es bajo (máximo 15%) y solamente el ardor epigástrico y náuseas tienen un valor predictivo negativo adecuado (mayor de 80%) como herramienta diagnóstica.

Al realizar el análisis de asociación (Tabla 4) se encontró que entre los cuatro síntomas principales evaluados, el único síntoma que se asocia de manera significativa con úlcera péptica es el vómito, que tiene una oportunidad tres veces mayor de diagnosticar úlcera péptica (IC 95% 2,21 - 4,52) con respecto a los individuos que no manifiestan vómito. El intervalo de confianza del OR para los otros síntomas cruza el valor nulo y por tanto no es estadísticamente significativo.

## Discusión

El presente trabajo de investigación describe las características de la población que consulta a la sala de endoscopia de una de las clínicas más grandes en el suroccidente colombiano y alcanza un gran tamaño de muestra en poco tiempo, por el alto volumen de

procedimientos que allí se practican, haciéndolo muy representativo de este grupo de personas.

La endoscopia se recomienda como la primera herramienta para estudiar un paciente con dispepsia (19). Entre los individuos incluidos en el estudio se observa que 82% tienen diagnóstico endoscópico de dispepsia no ulcerosa y 13% de úlcera péptica, lo que permite conocer la situación de la patología digestiva alta benigna en este centro asistencial, comparado con otros grupos en Colombia (6, 10). Se considera que el grupo control de dispepsia no ulcerosa es el que más se asemeja a la población general, y por eso las comparaciones de los individuos con diagnóstico endoscópico de úlcera péptica con este grupo de dispepsia no ulcerosa o funcional son más representativas de lo que ocurre generalmente en la consulta del clínico.

En general, se observa que los síntomas referidos con mayor frecuencia corresponden a los descritos en la literatura (10, 20), con ardor o dolor epigástrico (77%) en primer lugar, seguido por vómito (72,3%), náuseas (55,2%) y cólico abdominal (44,8%), aunque los pacientes refieren muchos más, sobre todo en el grupo de dispepsia no ulcerosa, donde se encuentra que se sobreponen los síntomas, algunos de los cuales incluso parecen no tener relación directa con la patología estudiada.

Cuando se hace el análisis detallado por síntomas se encuentra cómo lo más frecuente es la multiplicidad de síntomas. Sólo 13% de los individuos son asintomáticos y 22% referían sólo uno de los síntomas

**Tabla 2.** Multiplicidad de síntomas referidos por los pacientes a quienes se realizó endoscopia digestiva alta en CRUII, Cali. 2003.

Síntomas	Frecuencia	Porcentaje (IC 95% Binomial)
<b>Ninguno</b>	152	13,2% (11,3 - 15,2%)
<b>Un síntoma:</b>	255	22,0% (19,7 - 24,6%)
Ardor epigástrico	210	18,2% (16,0 - 20,5%)
Cólico abdominal	19	1,6% (1,0 - 2,5%)
Náuseas	23	2% (1,3 - 3,0%)
Vómito	3	0,3% (0,05 - 0,7%)
<b>Dos síntomas:</b>	297	25,7% (23,2 - 28,3%)
Ardor y cólico	117	10,2% (8,4 - 12,0%)
Ardor y náuseas	123	10,7% (8,9 - 12,6%)
Ardor y vómito	8	0,7% (0,3 - 1,4%)
Cólico y náuseas	17	1,4% (0,8 - 2,3%)
Cólico y vómito	5	0,4% (0,1 - 1,0%)
Náuseas y vómito	27	2,3% (1,5 - 3,4%)
<b>Tres síntomas:</b>	288	24,9% (22,5 - 27,5%)
Ardor, cólico y náuseas	177	15,3% (13,3 - 17,5%)
Ardor, cólico y vómito	2	0,2% (0,02 - 0,6%)
Ardor, náuseas y vómito	90	7,8% (6,3 - 9,5%)
Cólico, náuseas y vómito	19	1,7% (1,0 - 2,5%)
<b>Los cuatro síntomas</b>	160	13,9% (11,9 - 16,0%)

**Tabla 3.** Exactitud diagnóstica de los síntomas referidos por los pacientes al comparar entre los diagnósticos endoscópicos de úlcera péptica y dispepsia no ulcerosa (n=1155).

Síntoma	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC95%)	Valor predictivo positivo (IC95%)	Valor predictivo negativo (IC95%)
Ardor epigástrico	72,0% (69,5 - 74,6%)	22,1% (19,7 - 24,5%)	13,0% (11,1 - 15,0%)	83,0% (80,8 - 85,2%)
Cólico abdominal	98,9% (98,2 - 99,7%)	0%	15,1% (12,3 - 17,8%)	0%
Náuseas	62,1% (59,3 - 64,9%)	45,9% (43,0 - 48,7%)	15,7% (13,6 - 17,8%)	88,2% (86,3 - 90,1%)
Vómito	98,8% (98,0 - 99,5%)	0,1% (-0,1 - 0,4%)	9,6% (7,7 - 11,6%)	50,0% (46,6 - 53,4%)

**Tabla 4.** Asociación entre los síntomas referidos por los pacientes y los diagnósticos endoscópicos de úlcera péptica y dispepsia no ulcerosa (n=1155).

Síntoma	Casos: úlcera péptica (Proporción de Expuestos)	Controles: dispepsia no ulcerosa (Proporción de Expuestos)	OR (IC 95%)
Ardor epigástrico	116 (72,0%)	774 (77,9%)	0,73 (0,49-1,09)
Cólico abdominal	65 (40,4%)	453 (45,6%)	0,80 (0,56-1,14)
Náuseas	100 (62,1%)	538 (54,1%)	1,38 (0,97-1,99)
Vómito	80 (49,7%)	236 (23,7%)	3,17 (2,21-4,52)

principales. El único síntoma que mostró una asociación estadísticamente significativa con la úlcera péptica fue el vómito, con un OR de tres veces, comparado con las personas que no refirieron el síntoma.

Sin embargo, no es adecuada la correlación clínico endoscópica y los síntomas referidos por los pacientes no son buenas herramientas para predecir el diagnóstico endoscópico del individuo, pues aunque el cólico abdominal y el vómito tienen alta sensibilidad, su valor predictivo positivo es muy bajo. Por eso, es mandatorio realizar endoscopia digestiva a todos los pacientes sintomáticos, para aclarar el origen de los síntomas y poder orientar la terapia más adecuada a cada persona.

## Agradecimientos

Sincero agradecimiento al grupo de médicos internistas gastroenterólogos que laboran en el Servicio de Endoscopia de la CRUU y que participaron directamente en la realización de las endoscopias digestivas a estos pacientes, los doctores Diego Gómez, Alfredo Cienfuegos y Juan Ramón Abello, y a la señora Ruth Cruz de Gómez, Auxiliar de Enfermería del Servicio, sin cuya ayuda no hubiera sido posible la realización de este proyecto de investigación.

## Referencias

1. **De Lima E, Rengifo A.** Úlcera Péptica. En: Alvarado J, Otero W, Archila PE, Rojas E, eds. Gastroenterología y hepatología. Bogotá: Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva; 1996: 271-288.
2. **Soll A.** Peptic ulcer and its complications. In: Sleisenger & Fordtran. Gastrointestinal disease: pathophysiology/ diagnosis/ management. 6th Ed. W.B.Saunders; 1998: 620-672.
3. **Orduz A.** Úlcera duodenal. En: Alvarado J, Otero W, Archila PE, Rojas E, eds. Gastroenterología y hepatología. Bogotá: Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva, 1996;289-294.
4. **Touborg A, Moller F, Bytzer P, Schaffalitzky O.** Helicobacter pylori test-and-eradicate versus prompt endoscopy for management of dyspeptic patients: A randomized trial. *Lancet* 2000; 356:455-460.
5. **Veldhuyzen S, Flook N Chiba, N Armstrong D, et. al.** An evidence-based approach to the management of uninvestigated dyspepsia in the era of Helicobacter pylori. *Canad Med Assoc J* 2000; 162: S3-S20.
6. **Meisel E.** Dispepsia funcional. *Rev Colomb Gastroenterol* 1998; 13: 159-168.
7. Peptic ulcers. [wysiwyg://58/http://health.excite.com/content/dmk/dmk](http://58/http://health.excite.com/content/dmk/dmk) 1999.
8. Helicobacter pylori. [wysiwyg://63/http://health.excite.com/content/dmk/dmk](http://63/http://health.excite.com/content/dmk/dmk) 1999.
9. **Moayyedi P, Soo S, Deeks J, Forman D, et. al.** Systematic review and economic evaluation of Helicobacter pylori eradication treatment for non-ulcer dyspepsia. *Br Med J* 2000; 321: 659-664.
10. **Angel L, Acero M, Acosta O.** Prevalencia y superposición de trastornos funcionales del tubo digestivo en población general y pacientes con dispepsia. *Rev Colomb Gastroenterol* 2000; 15 (1).
11. **Tytgat G.** Role of endoscopy and biopsy in the work up of dyspepsia. *Gut* 2002; 50: iv13-iv16.
12. **Chan F, To K, Wu J, Yung M, Leung W, et al.** Eradication of Helicobacter pylori and risk of peptic ulcers in patients standing long-term treatment with non-steroidal anti-inflammatory drugs: a randomised trial. *Lancet* 2002; 359: 9-13.
13. **Meucci G, DiBattista R, Abbiati C, Benassi R, Bierti L, et. al.** Prevalence and risk factors of Helicobacter pylori-negative peptic ulcer: a multicenter study. *J Clin Gastroenterol* 2000; 31: 42-47.
14. **Rosenstock S, Jorgensen T, Bonnevie O, Andersen L.** Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study comprising 2416 danish adults. *Gut* 2003; 52: 186-193.
15. **Velasco B, Sabagh L.** Hemorragia gastrointestinal. En: Alvarado J, Otero W, Archila, P, Rojas E, Eds. Gastroenterología y hepatología. Asociación Colombiana de Endoscopia Digestiva; 1996:126-135.
16. **Hoyos J, Arango J, Mayor R, Mariño G, Rengifo A, de Lima E.** Proporción de resangrado y letalidad temprana después de inyección endoscópica en hemorragia por úlcera duodenal o gástrica. *Colombia Med* 1998; 29: 14-17.
17. **Tytgat G.** The Sydney system: Endoscopic division. Endoscopic appearances in gastritis/duodenitis. *J Gastroent Hepatol* 1991; 6:223-234.
18. **Dixon M, Genta R, Yardley J, Correa P, et al.** Classification and grading of gastritis. The updated Sydney system. *Am J Surg Pathol* 1996; 20:1161-1181.
19. **Tytgat G.** Role of endoscopy and biopsy in the work up of dyspepsia. *Gut* 2002; 50: iv13-iv16.
20. **Mariño G, de Lima E, García F, Cuello C, Cuello H, Alzate A.** Concordancia endoscópico-histológica de la gastritis crónica en Cali. *Colombia Med* 1998; 29: 10-13.