

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA

UNAN MANAGUA

Facultad de Ciencias Medicas



HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENIN FONSECA

Monografía

**“HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA
DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA
SUSTITUTIVA RENAL DEL HOSPITAL ESCUELA ANTONIO LENIN
FONSECA, PERIODO DE OCTUBRE A DICIEMBRE DE 2021”**

Para optar al título de especialista en Medicina Interna

Autor

Dra. Skarleth Vanessa López Calero

Médico Residente de Medicina Interna

Tutor

Dra. Kimberly Hodgson

Médico y Cirujano

Especialista en Medicina Interna

Managua, febrero 2022

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Dedicatoria

A Dios, quien me dio fuerza y esperanza para culminar mi especialidad satisfactoriamente.

A mis padres Rolando Isaac López Ortiz y Clarisa del Carmen Calero Hernández, quienes me apoyaron y me aconsejaron sabiamente para ser la profesional de hoy,

Al Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca por brindarme los recursos necesarios y me acompañaron durante este proceso.

Skarleth Vanessa López Calero

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Agradecimientos

Agradezco a Dios, por estar conmigo siempre, por su infinita misericordia para conmigo, por llenar mi corazón de paz y armonía, darme los dones para cumplir con responsabilidad y bondad mis deberes, por haber cumplido una meta más, muchas gracias Señor.

A mi familia, mis amados padres y queridos hermanos, por estar incondicionalmente conmigo apoyándome desde que inicie a recorrer mis sueños, por su inmenso amor, su gran paciencia, y las risas y abrazos que nunca faltaron y nunca lo harán, gracias por ser parte de ese sueño que hoy es una realidad.

A mis mentores, Dra. Lucy Villagra y Dra. Kimberley Hodgson por instruirme en el camino del conocimiento y formar parte de mi experiencia del día a día, durante el recorrido de esta noble profesión en la cual me han brindado su mano fraterna.

Muchas gracias.

Skarleth Vanessa López Calero

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Siglas y acrónimos

- * **ADH:** Hormona antidiurética
- * **ADMA:** Dimetilarginina asimétrica
- * **Ang I:** Angiotensina I
- * **Ang II:** Angiotensina II
- * **ANP:** Péptido natriurético atrial
- * **AOPP:** Productos avanzados de la oxidación proteica
- * **B2M:** Microglobulina β_2
- * **CA⁺⁺:** Calcio
- * **CCD:** Charged-Coupled Device
- * **CCR:** Cáncer colorectal
- * **Cl⁻:** Cloro
- * **CoH₃:** Ión Bicarbonato
- * **Cr_s:** Creatinina sérica
- * **DP:** Diálisis peritoneal
- * **DRA:** Daño Renal Agudo
- * **ECA:** Enzima de conversión
- * **EDA:** Endoscopia Digestiva Alta
- * **EPCs:** Células progenitoras endoteliales
- * **EPO:** Eritropoyetina
- * **ERC:** Enfermedad Renal Crónica

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

- * **ERGE:** Enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es una afección más grave y duradera en la que, con el tiempo, el reflujo gastroesofágico causa síntomas repetidos o complicaciones.
- * **FG:** Filtrado glomerular
- * **H⁺:** Hidrogeno
- * **Hcy:** Homocisteína
- * **HD:** Hemodiálisis
- * **HDTV:** Señal de televisión de alta resolución
- * **HPO₄ y H₂PO₄⁻:** Iones Fosfatos
- * **HTA:** Hipertensión arterial
- * **HVI:** Hipertrofia ventricular izquierda
- * **IBPs:** inhibidores de bomba de protones
- * **IC:** Intervalo de Confianza
- * **IgLCs:** Cadenas ligeras de inmunoglobulinas
- * **INEC:** Instituto Nacional De Estadística y Censos
- * **K⁺:** Potasio
- * **Mg⁺⁺:** Magnesio
- * **MMP:** Activación de metaloproteinasas
- * **Na⁺:** Sodio, es el catión predominante y alcanza una concentración media de 142 mEq/L
- * **NF-κB:** Factor de transcripción
- * **NO:** Óxido nítrico
- * **NOS:** Sintasa del óxido nítrico

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

- * **ODR:** Osteodistrofia renal
- * **PGI₂:** Prostaciclina
- * **PGs:** Prostaglandinas
- * **SO⁻:** Iones Sulfato
- * **SPSS 21:** Statistical Package for the Social Sciences
- * **SRA-aldosterona:** sistema renina-angiotensina-aldosterona
- * **TGF- β :** Factor transformador del crecimiento
- * **VEGF:** factor de crecimiento del endotelio vascular
- * **VPP:** Valor Predictivo Positivo
- * **WGO:** Congreso Mundial de Gastroenterología

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Índice

Capítulo I	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	5
1.3. Justificación	8
1.4. Planteamiento del Problema	9
1.5. Objetivos	10
1.5.1. Objetivo General.....	10
1.5.2. Objetivos Específicos.....	10
Capítulo II	11
2.1. Marco Teórico	11
2.2. Historia de la endoscopia	11
2.3. Uso de la Endoscopia Digestiva Alta	13
2.4. Anatomía y fisiología del sistema digestivo	14
2.4.1. Estructura histológica del tracto digestivo.....	14
2.5. Patología del tracto digestivo	20
2.5.1. Esófago.....	20
2.5.2. Estómago y duodeno.....	25
2.5.3. Colon.....	¡Error! Marcador no definido.
2.6. Insuficiencia renal crónica	29
2.6.1. Funciones del riñón.....	¡Error! Marcador no definido.
2.6.2. Enfermedad renal crónica (ERC).....	30
2.6.3. Progresión de la insuficiencia renal.....	¡Error! Marcador no definido.
2.6.4. Alteraciones fisiopatológicas en la insuficiencia renal crónica.....	31
Capitulo III	32
3.1. Diseño Metodológico	32
3.1.1. Tipo de estudio.....	32
3.1.2. Operacionalización de las variables.....	33
3.2. Enfoque del estudio	36
3.3. Área de estudio	36
3.4. Población y muestra	36

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

3.4.1. Población.....	36
3.4.2. Muestra	37
3.5. Tipo de Muestreo.....	37
3.5.1. Criterios.....	37
3.6. Fuente de información	37
3.7. Procesamiento y análisis de los datos	38
3.8. Consideraciones éticas	39
3.9. Trabajo de campo - La investigación	39
Capitulo IV	40
4.1. Resultados	40
4.1.1. Análisis univariado	40
Discusión de resultados.....	49
Conclusiones	52
Recomendaciones	54
Bibliografía	55
Anexos	58

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Índice de tablas

Tabla 1. Parámetros de estudio	32
Tabla 2. Datos operacionales de las variables.....	33
Tabla 3. Edad de los pacientes	41
Tabla 4. Nivel de escolaridad.....	43
Tabla 5. Comorbilidades Asociadas.....	45
Tabla 6. Sintomatología identificada en pacientes con IRC	46
Tabla 7. Hallazgos patológicos macroscópicos en pacientes con IRC	47
Tabla 8. Manifestaciones clínicas y bioquímicas de IRC	58
Tabla 9. Estratificación de la enfermedad renal crónica NKF-K/DOQI.....	59
Tabla 10. Determinación del filtro glomerular	60
Tabla 11. Recolección de datos de la población	61
Tabla 12. Variables de estudio.....	62
Tabla 13. Conjunto de datos IBM SPSS.....	63
Tabla 14. Conjunto de variables IBM SPSS	64
Tabla 15. Cronograma de actividades.....	865

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Sexo determinación de prevalencia en el sexo	40
Gráfico 2. Prevalencia según la edad de los pacientes.....	41
Gráfico 3. Etnia de los pacientes en estudio	42
Gráfico 4. Zona de residencia	42
Gráfico 5. Antecedentes personales no patológicos.....	43
Gráfico 6. Ocupación o profesionalización.....	44

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Glosario de términos

- * **Amiloide p:** Es una enfermedad poco común que se produce cuando una proteína anormal
- * **Amiloidosis:** Son un grupo heterogéneo de enfermedades que consisten en el depósito patológico de una proteína propia con un plegamiento anormal en distintos órganos y sistemas (corazón, riñones, hígado, sistema nervioso...), alterando su funcionamiento.
- * **Biopsia:** Es un procedimiento que se realiza para extraer una pequeña muestra de tejido o de células del cuerpo para su análisis en un laboratorio.
- * **Duodeno:** Primera porción del intestino delgado de los mamíferos, que comunica directamente con el estómago y remata en el yeyuno.
- * **Faringoesofágico:** hipofaríngeo o de Zenker, es una lesión muy particular que se localiza en la cara pósterolateral de la unión de la faringe con el esófago, como una herniación de la mucosa esofágica a través de las fibras oblicuas del músculo constrictor inferior de la faringe y las fibras transversas del músculo cricofaríngeo (Triángulo de Killian).
- * **Glomerular:** Un glomérulo es una bola de diminutos vasos sanguíneos que filtran la sangre.
- * **Glomérulo:** Racimo pequeño y redondo de vasos sanguíneos en el interior de los riñones. Filtra la sangre para reabsorber materiales útiles y extrae los desperdicios en forma de orina.
- * **Microglobulina β_2 (B2M):** mide la cantidad de B2M en la sangre, la orina o el líquido cefalorraquídeo.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

- * **Nefrónica:** Que toma un curso recto hacia el centro del riñón
- * **Neoangiogénesis:** (Neovascularización) Es la capacidad de formar nuevos vasos sanguíneos por medio de la secreción de factores de crecimiento, como el factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF). Los nuevos vasos son indispensables para la nutrición de las células tumorales y de las metástasis.
- * **Osteodistrofia:** El término osteodistrofia renal (ODR) se aplica en sentido genérico a todas las variedades de enfermedades esqueléticas que aparecen como consecuencia de la insuficiencia renal crónica (IRC) y del tratamiento sustitutivo de la función renal, bien sea la diálisis o el trasplante.
- * **Patología:** Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.
- * **Preeminente:** Que tiene una categoría o una importancia superior a otra persona u otra cosa.
- * **Rezago:** Atraso o residuo que queda de algo.
- * **Sociodemográficas:** Se refiere a las características generales y al tamaño de un grupo poblacional.
- * **Ubiquitina proteosoma:** Esta se encuentra implicada en el recambio intracelular de las proteínas y juega un papel importante en la degradación de proteínas reguladoras de vida corta, implicadas en una serie amplia de procesos celulares tales como: regulación del ciclo celular, modulación de los receptores de superficie y canales iónicos.

Capítulo I

1.1. Introducción

La insuficiencia renal crónica es un problema de salud pública creciente catalogada como una enfermedad emergente por el número elevado de casos, el rezago en la atención, los elevados costos, la alta mortalidad y los recursos limitados, que requiere una razonada aplicación financiera. Por ello se le considera una enfermedad catastrófica (Treviño-Becerra, 2004). Esta enfermedad conocida también, como IRT, es la quinta y última etapa de la IRC. Esta falla es irreversible y, si no se trata, es potencialmente mortal. Sin embargo, la diálisis o el trasplante renal pueden ayudar a la persona a vivir muchos años más (Fund, 2021).

La enfermedad renal crónica (ERC) es un síndrome clínico humoral evolutivo y complejo, en el cual existe una reducción de la masa funcional renal que finalmente ocasiona un daño irreversible sobre las diversas estructuras del riñón y la pérdida progresiva de la función renal hasta ocasionar la muerte del paciente, si este no recibe tratamiento de reemplazo renal (diálisis) o trasplante renal, colocándolo en una nueva y penosa “condición” de vida (Fundation, 2016).

Según la American Kidney Foundation, 2021, a veces la falla renal se debe a un problema llamado daño renal agudo (DRA). Este tipo de falla renal surge en poco tiempo (por lo general en un par de días) y casi siempre aparece en personas que ya están hospitalizadas por otros problemas médicos. Al DRA se lo conoce también como falla renal aguda.

En el ámbito sanitario, la prevención se clasifica en tres etapas de las cuales la presente investigación se enfoca en las medidas preventivas secundarias (Prevención II)

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

que se encarga de identificar a pacientes aparentemente asintomáticos, que ya han desarrollado factores de riesgo o en etapas temprana de una enfermedad al punto que aún no se desarrollan síntomas o signos clínicos de una patología (Dr. Vignolo, 2011)

Los pacientes que padecen de esta enfermedad necesitan de trasplante renal o padecen de enfermedades digestivas, las cuales contribuyen un riesgo para posibles complicaciones en la salud de las personas.

Dada la alta tasa de mortalidad de esta enfermedad en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca se práctica la endoscopia digestiva alta o superior, a fin de identificar y poder tratar las posibles enfermedades adicionales que presentan los pacientes además de la IRC, Más de 20 pacientes de Managua protagonizaron una jornada de Endoscopias desarrollada en el hospital Lenín Fonseca, a través de la cual se logran diagnosticar diversos padecimientos y luego proceder al tratamiento correspondiente. La doctora Jeanneth Gómez, subdirectora del hospital, refirió que, desde hace 4 meses se trabaja bajo esa dinámica, la que les ha permitido reducir los tiempos de espera y brindar una mejor atención a la población (Cerón Méndez, 2022), mismo tiempo en que se recolectaron los datos para el planteamiento y resultados de las variables de esta investigación.

Los pacientes con ERT, presentan muchas veces alteraciones en el aparato digestivo y los receptores de trasplantes renales padecen con mucha frecuencia alteraciones crónicas o agudas de estómago y duodeno, entre otras causas, por el uso de sustancias dañinas, automedicación y terapias inmunosupresor, por lo cual están más vulnerables que el resto de la población. Dadas las evidenciadas razones, es de mucha importancia este estudio sobre; hallazgos por endoscopia digestiva superior ya que ayuda a conocer la importancia de la prevención de complicaciones patológicas en pacientes que se encuentran con insuficiencia renal crónica o que serán sometidos a trasplante renal.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Así mismo, se identifica las principales alteraciones del tracto digestivo de los pacientes en estudio.

En concordancia con lo detallado, surge una pregunta: ¿Cuál es la patología de mayor prevalencia identificada por endoscopia digestiva alta en el chequeo rutinario realizado en pacientes con IRT de octubre a diciembre 2021 en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca? Nació la idea de realizar este estudio para correlacionar e identificar los factores de riesgo que predisponen que la patología gastrointestinal se desarrolle y a su vez se logre identificar a través de la EDA y colonoscopia para toma de biopsias y poder determinar un diagnóstico para inicio de tratamiento o seguimiento de los pacientes que han acudido a realizarse dicho chequeo en el Hospital y comparar con otros estudios a nivel Latinoamericano y/o mundial para determinar la prevalencia de los diferentes hallazgos patológicos a nivel gastrointestinal.

En el presente escrito se detalla:

En el capítulo I se describe el alcance y magnitud de la medicina preventiva desde el punto de vista del segundo nivel de intervención en la población que es detectar cierto tipo de patología en pacientes con IRC a través del uso del endoscopio para explorar el tracto digestivo, así como también la epidemiología no se ha actualizado de manera adecuada en los diagnósticos brindados por los expedientes de los pacientes del hospital.

En el capítulo II, con la bibliografía actualizada y aportes de nuevas perspectivas sobre el tema, se ha realizado una interpretación más amplia del marco teórico de la investigación.

En el capítulo III se detallan el método, los medios y la gestión de la información utilizada en el desarrollo del proyecto; las razones y preguntas de investigación planteadas resaltan la importancia de la investigación.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

El capítulo IV detalla el desenlace obtenido de la investigación con interpretación y análisis estadísticos logrados con el programa SPSS y Microsoft Excel, se discuten los datos obtenidos en relación a estudios publicados con la misma línea investigativa, para finalmente detallar las conclusiones, recomendaciones y las limitaciones del estudio; y al último de este trabajo se encuentran las referencias bibliográficas y anexos del estudio.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

1.2. Antecedentes

En 2007 Msc. Dra. Lázara Esther Fernández Mendoza y Msc. Dr. Yosvany Corrales Castañeda realizaron un estudio sobre Comportamiento de patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en el Centro de Diagnóstico Integral de Yagua. Este estudio fue tipo observacional, descriptivo, de carácter retrospectivo. El objetivo del estudio fue dar a conocer el comportamiento de las patologías diagnosticadas por endoscopia digestiva superior en un grupo de pacientes atendidos en el Centro. Se estudiaron 1542 pacientes de los cuales 464 representaron 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. Los factores de riesgo más principales que afectaron a los pacientes fue el estrés, 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.

En el año 2009, Alfonso Chacaltana realizó una investigación relacionado a alteraciones endoscópicas del tracto digestivo superior más frecuentes en pacientes con IRCT, en donde se conoció que fueron las erosiones gástricas, eritema parcellar, úlcera gástrica y erosiones duodenales. El estudio fue de tipo descriptivo y retrospectivo, en donde la población fue pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de IRCT incluidos en el programa de Hemodiálisis del Hospital Central FAP, desde enero 2000 a febrero 2007, con 7 estudio de endoscopia alta. Revisándose las historias clínicas para la recolección de datos.

Se estudió un total de 54 pacientes, la edad promedio fue de 73.2 años siendo más frecuente en varones con una relación M/F de 1.45, la población tenía aproximadamente 32 meses de diagnosticadas de IRCT. La indicación más frecuente del estudio endoscópico

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL fue de hemorragia digestiva alta (29.6%). Los hallazgos endoscópicos más prevalentes fueron las erosiones gástricas (35.2%), eritema parcelar antral (27-8%), ulcera gástrica /24.1%) y erosiones duodenales (18.5%).

En el año 2016 se realizó un estudio de acuerdo a los datos del ministerio de salud del año 2009, dicho estudio establece que; la ERC ha adquirido las proporciones de una verdadera epidemia, es una situación mórbida que afecta la población general. Se estima que el 10% de la población mundial sufre de ERC. (Flores, y otros, 2009) En Nicaragua se registró en 1996 un total de 1,721 casos, con una prevalencia estimada del 70% para el 2006-2007, desde el 2002 al 2006 se reportan 127 niños. (Ministerio de Salud, 2009) Se estudiaron 20 pacientes registrados en el Programa de Crónicos de Enfermedades no Transmisibles, del puesto de salud de Los Laureles, Tipitapa, en el periodo de estudio. Esto corresponde al 100% del universo.

El tipo de diseño es No experimental cuantitativo. De acuerdo al alcance del estudio es observacional, descriptivo, de serie de casos. Muestreo de tipo no probabilístico por conveniencia. A partir de los datos que se recolectaron, se diseñó la base datos correspondientes, utilizando el software estadístico SPSS, v. 20 para Windows. Una vez que se realizó el control de calidad de los datos registrados, se hicieron los análisis estadísticos pertinentes. Las edades más dominantes fueron los pacientes mayores de 50 años, del sexo masculino, procedente de la comunidad de Los Laureles, que sabe leer, ama de casa.

El Estado 3 fue el más dominante, se le realizaron exámenes completos de laboratorio, siendo la creatinina el examen más común. La mayoría de los pacientes presentaron antecedentes patológicos, siendo la Diabetes Mellitus el antecedente más común. Lo mismo sucedió con respecto a los antecedentes patológicos familiares. La mayoría no presentaba ningún antecedente personal no patológico. Y de los que presentaron algún antecedente, el mayor fue el consumo de alcohol.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

También hay un estudio sobre insuficiencia renal crónica del año 2018 que establece que; la diálisis peritoneal (DP) es una terapia de reemplazo renal que se asocia con menores costos de tratamiento y una mejor autonomía del paciente en comparación con la hemodiálisis; sin embargo, la DP se relaciona con complicaciones infecciosas y no infecciosas. El catéter Tenckhoff es un dispositivo esencial para el rendimiento de los intercambios de la diálisis peritoneal. Sin embargo, la diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC), se ha visto involucrada en el 61% con peritonitis grave, y en un 23% con infecciones del sitio de salida (ISS), e infección del túnel (IT).

En Nicaragua la diálisis peritoneal es muy frecuente, sus complicaciones infecciosas asociadas al catéter en estos pacientes deben ser una prioridad, y el conocimiento de las causas asociadas a dichas infecciones deben ser sistemáticamente investigadas con el fin de fortalecer las normas y protocolos de atención institucional e implementar medidas inmediatas para impactar en la reducción del riesgo de infección.

En el año 2021 en el Hospital Metropolitano de Quito, el Dr. Rene Astudio Mancero realizó un estudio sobre hallazgos patológicos evidenciados por endoscopia digestiva alta y colonoscopia en chequeos ejecutivos. El objetivo del trabajo fue definir la prevalencia de hallazgos patológicos evidenciados por endoscopia digestiva alta y colonoscopia en chequeos ejecutivos del Hospital Metropolitano. Estudio fue observacional descriptivo de prevalencia y se basó en la revisión datos de historias clínicas registradas en el área de chequeos ejecutivos que se realizaron endoscopia digestiva alta y baja, a través de un muestreo probabilístico del tipo aleatorio simple, se seleccionó a 196 pacientes de los cuales el sexo predominante fue el masculino con el 71%, edad media de 55.69 + 8.28 años, en el 90% presentaron patología a nivel de tracto digestivo alto y en colonoscopia fue el 33% de hallazgos patológicos. Finalmente, se halló que las patologías con mayor prevalencia fueron la “esofagitis distal grado A” y la “gastropatía eritematosa en antro” por otra parte, en colon el pólipo sésil fue el más prevalente en ser hallado.

1.3. Justificación

Los temas de las enfermedades gastrointestinales son tan amplios y complejos que es imposible abordarlos completamente, por lo que la creación de nuevas herramientas y formas de llegar a un diagnóstico que contribuyan a mantener y mejorar la calidad de vida de los pacientes es de vital importancia. Esta investigación, se centra en la patología de la mucosa de los diferentes órganos que se puede observar directamente a través de una lente que posee la endoscopia digestiva alta (EDA).

Con el aumento en la incidencia y prevalencia de ERC, se realizó este estudio para determinar la prevalencia de dichas complicaciones, ya que esta es una población vulnerable y así mejorar la calidad de atención y hacer énfasis en la prevención.

La importancia de este estudio está en la necesidad de conocer la prevalencia de hallazgos patológicos evidenciados en pacientes del hospital escuela Antonio Lenin Fonseca que presentan Insuficiencia Renal Crónica en terapia sustitutiva renal permanente en el periodo de octubre a diciembre del año 2021.

1.4. Planteamiento del Problema

¿Cuál es la patología de mayor prevalencia identificada por endoscopia digestiva alta en pacientes con insuficiencia renal crónica en el servicio de Medicina Interna del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período de octubre a diciembre del año 2021?

A esta pregunta podemos responder desde el punto de vista histórico ya que, en 1968 la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció las bases básicas para la detección de enfermedades en la población. Cuarenta años después, la organización formuló un plan de acción 2008-2013 para la estrategia global de prevención y control de las enfermedades no transmisibles. Recientemente, el Servicio Nacional de Salud Británico (NHS), basado en el estándar de la OMS de 1968, emitió el estándar para evaluar la viabilidad, efectividad y adecuación de los programas de detección (Astudillo Mancero, 2021).

Sin embargo, la práctica de estos estudios es muy tempranos en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, no obstante, se pretende a través de sus diferentes programas propuestos, fomentar y mantener el uso de la Endoscopia Digestiva Alta (EDA) para la detección temprana y oportuna de las diferentes patologías gastrointestinales u otras que se puedan identificar con dichos estudios.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

- * Identificar las alteraciones más frecuentes del tracto digestivo superior en los pacientes con insuficiencia renal crónica en programa de terapia sustitutiva renal del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca en el período de octubre a diciembre del año 2021.

1.5.2. Objetivos Específicos

- * Definir las características sociodemográficas y los antecedentes patológicos de la población en estudio
- * Identificar los factores de riesgos para alteraciones digestivas altas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en estudio.
- * Especificar las manifestaciones clínicas gastrointestinales referidos en los pacientes en TSR en estudio.
- * Mencionar los hallazgos patológicos más frecuentes en la población estudiada.

Capítulo II

2.1. Marco Teórico

2.2. Historia de la endoscopia

La historia de la endoscopia camina por dos senderos: el de los hombres que soñaron con ver el interior del ser humano y el de los endoscopios, instrumentos en busca de la eficiencia. Ambos han caminado siempre paralelos, confundidos en un solo objetivo.

Desde el Antiguo Egipto, Grecia y el Imperio Romano se realizaron diferentes procedimientos para lograr visualizar el interior del cuerpo humano pero todos ellos sin una visualización adecuada pero no fue sino hasta 1890 donde Adolf Kussmaul introduce el gastroscopio duro, más adelante durante el siglo XX Basil Hirschowitz, introdujo el endoscopio blando o flexible, pudiendo cambiar la endoscopia. En 1963 y 1967, Burrell y Overholt abordaron la porción inferior del tracto digestivo con la colonoscopia, y más adelante a inicios del siglo XXI, la video-cápsula y enteroscopia (De La Torre Bravo, 1987).

Endoscopia proviene del griego “Endo” que significa adentro y “skopein” de mirar y de sufijo “ia” que significa cualidad. Tiene sus inicios en el siglo XVIII la capacidad de explorar visualmente las cavidades se reducía a la boca, la orofaringe, las fosas nasales, el conducto auditivo externo, la vagina y el recto.

El primer intento para ver un poco más lejos fue de Philipp Bozzini, obstetra de Franckfurt, quien en 1806 publicó “El conductor de luz o descripción de un instrumento simple y su utilidad para la iluminación de las cavidades internas e intersticios del cuerpo en un animal vivo”, cuya fuente de luz era una vela.

En 1850 se iniciaron fuentes de luz artificial con una varilla de cuarzo, la endoscopia con los criterios actuales, se inicia en 1865 con la publicación del trabajo de

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Antonín J. Desormeaux “El endoscopio y sus aplicaciones para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones de las vías genitourinarias”.

En 1867, Adolf Kussmaul utiliza a un traga espadas para, para demostrar la posibilidad de poder penetrar al aparato digestivo. El “gastro endoscopio” consistía en dos tubos de 47 cm de longitud, un circular de 13 mm y otro elíptico, ambos con un obturador con punta roma que debía ser extraído una vez situado en el esófago o estómago, utilizó la fuente de luz de Desormeaux.

John Alwin Bevan en 1868 describió un esofagoscopio integrado por dos secciones y ya lo utilizó para el diagnóstico de tumores, estenosis y extracción de cuerpos extraños.

Johan von Mickulicz-Radecki en 1880 modificó el gastroscopio con una punta angulada a 30° y pequeñas unidades ópticas articuladas, iluminación con un asa de platino sobrecalentada. La insuflación se lograba con una perilla. Él mismo describió la apariencia de una úlcera péptica y del carcinoma gástrico.

Rudolf Schindler en 1923 escribió su clásico “Lehrbuch und atlas der gastroskopie” y en 1928, Schindler inició el proyecto de un endoscopio flexible junto con George Wolfry, crearon un endoscopio con una porción rígida y una porción flexible de 24 cm integrada por 31 lentes que transmitían la imagen a través de un arco de 34° y lo presentó en Munich en 1932.

En 1948 Edward Benedict aportó el canal de operaciones y ya fue posible la toma de biopsias. Cameron hizo mejoras notables al lograr un ángulo de visión de 45°, buena iluminación, mayor flexibilidad.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

En 1949 (Universidad de Tokio) Fuji y Olympus Co. desarrolla su primera gastro cámara con fuente de luz potente.

En 1957 Basil Hirschowitz mostró un endoscopio totalmente flexible, con visión lateral, con un ángulo de visión de 34°, de 11 mm de diámetro y la imagen era conducida por un haz de 150,000 fibras de 11 micras de diámetro. La fibra tiene la capacidad de transmitir luz, aun estando doblada.

En 1983, Sivak y Fleischer informaron el nacimiento de la endoscopia electrónica, cuyo cambio fundamental es la substitución del haz de fibras congruente por un micro-transmisor fotosensible (chips CCD), el chip CCD o dispositivo de carga acoplada (charged-coupled device) convierte imágenes en señales eléctricas que se muestran en un monitor y nace la video endoscopía

En 2001 Paul C. Swain en Gran Bretaña presenta la cápsula endoscópica (PillCam), se trata de un dispositivo no reutilizable de 26 × 11 mm de longitud, que se desplaza por la peristalsis, el cual a través de radiofrecuencias se transmiten las imágenes a unos sensores situados en la pared abdominal, y de aquí a un registrador tipo Holter, dicha capsula realiza de 2-4 fotografías por segundo durante 9 horas aproximadamente y finalmente en 2002-2003 se presentó el primer sistema de endoscopia basado en la tecnología HDTV, o de alta definición.

2.3. Uso de la Endoscopia Digestiva Alta

La EDA trata de una exploración del esófago, el estómago y el duodeno a través de la boca, mediante un endoscopio. Este es un instrumento flexible en forma de tubo, terminado en una lente y una cámara, de la cual las imágenes captadas se transfieren a un monitor para ser analizadas o almacenadas permitiendo así detectar enfermedades de esos

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL órganos, tomar muestras y aplicar tratamientos, entonces podemos decir que, es un examen diagnóstico por excelencia para evidenciar sangrado, y a su vez tiene mejor precisión para identificar áreas o zonas de inflamación, úlceras o neoplasias, ya sean estas últimas de apariencia benigna o maligna, que serán confirmadas a futuro gracias a la toma de biopsias para llegar al diagnóstico (López San Román & Moreira, 2008).

2.4. Anatomía y fisiología del sistema digestivo

El sistema digestivo está constituido por un tubo hueco abierto por sus extremos (boca y ano), llamado tubo digestivo propiamente dicho, o también tracto digestivo, y por una serie de estructuras accesorias. El tubo digestivo o tracto digestivo incluye la cavidad oral, la faringe, el esófago, el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso. Mide, aproximadamente, unos 5-6 metros de longitud. Las estructuras accesorias son los dientes, la lengua, las glándulas salivares, el páncreas, el hígado, el sistema biliar y el peritoneo. El estómago, el intestino delgado y el intestino grueso, así como el páncreas, el hígado y el sistema biliar están situados por debajo del diafragma, en la cavidad abdominal (Reiriz Palacios, 2015).

2.4.1. Estructura histológica del tracto digestivo

2.4.1.1. Estructura microscópica

En la pared del tubo digestivo podemos distinguir las siguientes capas:

a) **Mucosa digestiva o epitelio:**

Consiste en una capa de epitelio que está especializado según las regiones, para las diferentes funciones digestivas, una capa de tejido conectivo laxo, la lámina propia y una capa de músculo liso llamada muscular de la mucosa.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

b) Submucosa:

La submucosa o capa de tejido conectivo laxo donde se encuentran numerosos vasos sanguíneos, nervios, vasos linfáticos y ganglios linfáticos y, en algunos sitios, glándulas submucosas. La pared del tubo digestivo tiene un rico aporte de vasos sanguíneos que le suministran el oxígeno y las sustancias necesarios para sostener sus actividades. Las venas y los linfáticos trasladan los productos absorbidos procedentes de la digestión hasta el hígado y la circulación sistémica, respectivamente.

c) Muscular:

Esta estructura está compuesta también, por dos capas de músculo liso, una, más externa, con células dispuestas longitudinalmente y la otra, más interna, con células dispuestas circularmente. La capa circular es 3-4 veces más gruesa que la capa longitudinal y a ciertos intervalos a lo largo del tubo aparece engrosada y modificada formando un anillo llamado esfínter, que actúa como una válvula. Con excepción de la boca y la lengua, movidas por músculo estriado esquelético, las fibras musculares lisas son responsables de las funciones motoras del tubo digestivo ya que se encargan del mezclado del alimento con las secreciones digestivas y de su propulsión a una velocidad que permite una digestión y absorción óptimas de los nutrientes.

d) Capa externa:

Esta capa es llamada adventicia que, en la boca, el esófago y el recto, es de tejido conectivo laxo que los une a los órganos adyacentes. Y en el estómago y los intestinos es una membrana serosa, el peritoneo, que permite a estos órganos deslizarse libremente dentro de la cavidad abdominal durante los movimientos peristálticos del tubo digestivo.

2.4.1.2. Estructura macroscópica

La pared del tubo digestivo contiene un sistema complejo de plexos nerviosos que constituyen el sistema nervioso entérico, intrínseco al tubo 3 digestivo, y que inerva los vasos sanguíneos, las glándulas y el músculo liso del tubo digestivo, ocupándose de la coordinación de sus movimientos. Son el plexo submucoso de Meissner que se encuentra

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

en la submucosa y se ocupa, sobre todo, del control de la actividad secretora y de la innervación de los vasos sanguíneos, y el plexo mientérico de Auerbach que se encuentra entre las dos capas de músculo liso, la longitudinal y la circular, y regula la motilidad del tubo digestivo. Debido a su compleja organización y a su independencia, a veces estos plexos nerviosos reciben el nombre de pequeño cerebro intestinal.

a) Boca:

La boca es la primera parte del tubo digestivo, aunque también se emplea para respirar. Está tapizada por una membrana mucosa, la mucosa oral, con epitelio plano estratificado no queratinizado y limitada por las mejillas y los labios. El espacio en forma de herradura situado entre los dientes y los labios, se llama vestíbulo y el espacio situado por detrás de los dientes es la cavidad oral propiamente dicha. El techo de la cavidad oral está formado por el paladar que consiste en dos partes: una ósea llamada paladar duro, formada por parte de los huesos maxilar superior y palatinos y otra, formada por músculos pares recubiertos de mucosa, llamada el paladar blando o velo del paladar, que se inserta por delante en el paladar duro y, por detrás es libre y presenta una proyección cónica en la línea media, la úvula.

a) Faringe:

La faringe es un tubo que continúa a la boca y constituye el extremo superior común de los tubos respiratorio y digestivo. En su parte superior desembocan los orificios posteriores de las fosas nasales o coanas, en su parte media desemboca el istmo de las fauces o puerta de comunicación con la cavidad oral y por su parte inferior se continúa con el esófago, de modo que conduce alimentos hacia el esófago y aire hacia la laringe y los pulmones. Para una mejor descripción se divide en 3 partes: nasofaringe, situada por detrás de la nariz y por encima del paladar blando, orofaringe, situada por detrás de la boca, y laringofaringe, situada por detrás de la laringe. Debido a que la vía para los alimentos y el aire es común en la faringe, algunas veces la comida pasa a la laringe produciendo tos y sensación de ahogo y otras veces el aire entra en el tubo digestivo acumulándose gas en el estómago y provocando eructos.

b) Esófago:

El esófago es el tubo que conduce el alimento desde la faringe al estómago. Se origina como una continuación de la faringe (a nivel de la VI vértebra cervical) y desciende a través del cuello y el tórax para atravesar después el diafragma (por el hiato esofágico) y alcanzar el estómago. Hasta llegar a la bifurcación de la tráquea, está situado entre la tráquea por delante y la columna vertebral, por detrás.

Después, el pericardio separa el esófago de la aurícula izquierda. Penetra en el estómago formando un ángulo agudo (a nivel de la X vértebra dorsal) y su longitud total es de unos 25 cm. El epitelio de su mucosa es plano estratificado no queratinizado y en las capas musculares de su pared, se encuentra músculo estriado esquelético en su 1/3 superior que gradualmente es sustituido por músculo liso en su 1/3 medio, en donde se encuentran juntas fibras musculares estriadas y lisas, y en su 1/3 inferior ya es músculo liso que se continúa con las capas de músculo liso del estómago.

En la parte superior del esófago existe el esfínter faringoesofágico, entre la faringe y el esófago, que permanece cerrado entre deglución y deglución y por tanto impide que el aire entre en el esófago durante la inspiración y en su extremo inferior, el esfínter gastroesofágico, entre el esófago y el estómago. La función principal de este esfínter es impedir el reflujo del contenido gástrico hacia el esófago, ya que dicho contenido es muy ácido y rico en enzimas proteolíticos y puede dañar la mucosa esofágica que no es capaz de resistir la agresión y se ulcera (esofagitis por reflujo). El diafragma ayuda en la función de este esfínter y también el hecho de que el esófago forme un ángulo agudo al desembocar en el estómago lo que hace más difícil el reflujo.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

c) **Estomago:**

El estómago es una dilatación del tubo digestivo situada entre el esófago y el duodeno, con una capacidad aproximada de 1-1.5 litros. Difiere del resto del tubo digestivo en que su pared tiene una tercera capa de fibras musculares lisas orientadas de modo oblicuo y situadas en la parte interna de la capa circular. La mayor parte del estómago se encuentra situado en el epigastrio, aunque ocupa también parte del hipocondrio izquierdo. Se relaciona por delante con el lóbulo izquierdo hepático y el reborde costal izquierdo, por detrás con el riñón izquierdo, por encima con el diafragma y por debajo con el colon transversal y su mesocolon.

Se puede considerar que el estómago tiene forma de J, entonces se puede distinguir una porción vertical y otra horizontal. El pliegue que está entre las dos porciones se llama incisura angular. Un plano que pase por la incisura angular y otro que pase por la unión esófago-gástrica delimitan varias partes:

- * **Fundus o fórnix:** es la parte más alta del estómago. Está situado en la parte superior y a la izquierda del orificio de comunicación con el esófago o cardias. El ángulo que se forma entre el fundus y los cardias ayuda a evitar el reflujo gastroesofágico y las hernias de hiato (deslizamiento de parte del estómago al interior de la cavidad torácica).
- * **El cuerpo:** es la zona comprendida entre el fórnix y la incisura angular. Está limitado a ambos lados por las curvaturas mayor y menor.
- * **La porción pilórica o píloro:** tiene forma de embudo y es la zona comprendida entre la incisura angular y el esfínter pilórico, que separa al estómago del duodeno. El píloro se divide en una porción proximal o antro pilórico, que es la parte más ancha, y una porción distal o canal pilórico, que es más estrecha.

d) Intestino delgado

El intestino delgado es un tubo estrecho que se extiende desde el estómago hasta el colon. Consta de 3 partes, duodeno, yeyuno e íleon.

El intestino delgado se expande al terminar el píloro y finaliza en la válvula ileocecal a nivel del ciego del colon, su trayecto es variable aproximadamente de 6 a 7 metros; ya que el estudio en cuestión es sobre el uso de la endoscopia digestiva alta, este apartado se limitará a describir en detalle hasta la segunda porción de este órgano.

- * **El duodeno** tiene unos 25 cm de longitud y se extiende desde el píloro hasta el ángulo duodeno-yeyunal, rodeando la cabeza del páncreas. Con fines descriptivos se divide en 3 porciones: primera, segunda y tercera. Igual que sucede con el páncreas, el duodeno está cubierto por peritoneo solamente por su cara anterior, por ello se le considera órgano retroperitoneal. Se relaciona con el estómago, el hígado y el páncreas con los que forma una unidad funcional y recibe el quimo del estómago, las secreciones del páncreas y la bilis del hígado. El colédoco y el conducto pancreático principal desembocan juntos en la segunda porción del duodeno, en la ampolla de Vater o papila duodenal, en donde existe un esfínter, el esfínter de Oddi que está relacionado, sobre todo, con el control del flujo del jugo pancreático al duodeno ya que el flujo de bilis hacia el duodeno está controlado por el esfínter del colédoco situado en el extremo distal de este conducto biliar.

2.5. Patología del tracto digestivo

A continuación, se mencionan las distintas patologías que presentan los órganos del sistema digestivo:

2.5.1. Esófago

La patología del esófago es muy variada, abarca alteraciones tanto funcionales como motores hasta trastornos que afectan a la estructura del esófago (mucosa, pared muscular, inervación, etc.).

a) Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

Patología caracterizada por ser un trastorno de la motilidad gastrointestinal que causa el retroceso del contenido del estómago hacia el esófago o boca, causando sintomatología o complicaciones. Los síntomas más comunes son acidez, que se caracteriza por sensación de ardor, epigastralgia o dolor retroesternal, suele irradiarse al cuello y se presenta posterior a la ingesta de alimentos; por otra parte, síntomas extradigestivos de la ERGE puede manifestarse como erosiones dentales, laringitis o asma.

Esta patología es el diagnóstico con alta frecuencia realizado en Estados Unidos y sus síntomas son la principal indicación para realizar una EDA. (Peery AF, Dellon ES, Lund J, et al., 2015). Según el INEC se reportaron 462 casos de ERGE en el 2016. (INEC, 2016).

El Grupo de Consenso Global de Definición y Clasificación de Montreal define a la ERGE como la condición clínica que presenta el ingreso de contenido del estómago hacia el esófago causando síntomas problemáticos y/o complicaciones; según el consenso se define síntoma problemático en el momento que perjudica el estilo de vida de un paciente. De igual manera la ERGE puede ser separada por el tipo de daño que puede causar

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL ya sea reflujo erosivo o no-erosivo; en la primera categoría se incluiría aquella que presenta síntomas y se evidencie macroscópicamente daño por endoscopia de la mucosa.

La fisiopatología de la ERGE se puede considerada de manera multifactorial, pero los más comunes son: relajación transitoria o permanente del esfínter gastroesofágico inferior, retraso en el vaciamiento gástrico, peristaltismo ineficiente, incremento de la presión intraabdominal (obesidad, embarazo), hernia hiatal.

Las complicaciones de la ERGE pueden manifestarse con síntomas tales como disfagia, pérdida de peso y hematemesis, dentro de las complicaciones con mayor prevalencia se encuentran: estenosis péptica, sangrado digestivo alto, esófago de Barrett.

El diagnóstico de la ERGE principalmente es clínico, ya que la combinación de acidez estomacal y regurgitación son suficientes para tener una impresión diagnóstica. Salvo que existan síntomas de alarma (disfagia, odinofagia, baja de peso, sangrado digestivo), desafortunadamente los síntomas tienen una sensibilidad del 30-76% y especificidad de 62-96%. Pero en caso de presentar uno de los síntomas de alarma mencionados anteriormente el uso de endoscopia digestiva alta es necesario.

b) Esofagitis

El Reflujo Gastroesofágico (RGE) afecta del 5% al 25% de la población occidental, y la presencia sostenida o constante del contenido gástrico en el esófago conlleva a producir esofagitis, que es capaz de perjudicar el estilo de vida y conllevar a la aparición de complicaciones en un futuro (Kahrilas, M., 2008).

En 1994, en el Congreso Mundial de Gastroenterología (WGO) celebrado en Los Ángeles- Estados Unidos, se discutió y planteó por primera vez un sistema de clasificación

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL de la esofagitis que era altamente repetible, útil, comprensible y ayuda a transmitir un mensaje claro entre profesionales de la salud (Armstrong D, 1996).

La esofagitis se describe en cuatro grados:

- * **Grado A:** Una (o más) lesiones mucosas que no excedan los 5 mm de longitud y que no se extiendan entre la parte superior de dos pliegues mucosos.
- * **Grado B:** Una (o más) lesiones en la mucosa de más de 5 mm de longitud y que no se extienden entre las dos partes superiores de la mucosa.
- * **Grado C:** Una (o más) lesiones en la mucosa superan los pliegues de la mucosa superior, pero no afectan al 75% de la circunferencia esofágica.
- * **Grado D:** Una (o más) lesiones en la mucosa, que afectan al menos el 75% de la circunferencia esofágica.

c) Esófago de Barrett (EB)

Resultado de una exposición prolongada al reflujo gastroesofágico provocando una esofagitis erosiva y que se caracteriza por la presencia de úlceras macroscópicas en la mucosa esofágica, y con esta complicación tienen alta probabilidad de presentar esófago de Barrett, la cual consiste en que se encuentra modificación celular llamada metaplasia lo que significa que existe un cambio de epitelio escamoso a epitelio columnar intestinal (Palamara, 2016).

El esófago de Barrett afecta de 5 al 6% de la población a nivel de Estado Unidos y cerca del 25% se diagnostica en la población adulta mayor; se considera de mala evolución

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL ya que se tiene una tasa de supervivencia cerca del 10% a los 5 años posteriores a su diagnóstico ya que para estas etapas se lo puede identificar como adenocarcinoma de esófago.

El EB es diagnosticado y monitorizado por EDA, utilizando criterios visuales e histopatológicos y posterior caracterizarla por longitud y severidad. Primero es el cambio de coloración en la mucosa de un blanco pálido a un color salmoneado del epitelio columnar intestinal, segundo el estudio microscópico confirmaría la existencia de epitelio columnar (Shaheen, 2014).

El principal factor para desarrollar EB es la exposición crónica al reflujo de contenido gástrico o incluso reflujo de contenido biliar desde el duodeno, y por razones que no se entiende los hombres tienen dos a tres veces de riesgo de presentar dicha patología en comparación con las mujeres ya que 8 de cada 10 se los diagnostica, el alcohol etílico y el cigarrillo también han sido factores de riesgo sugeridos para el desarrollo de EB y adenocarcinoma esofágico.

En resumen, los hombres blancos, de edad avanzada, con hernia hiatal, obesidad y síntomas crónicos de ERGE son factores de riesgo predisponentes y desencadenantes para desarrollar EB y a futuro adenocarcinoma de esófago (Shaheen, 2014).

d) Adenocarcinoma de Esófago

El adenocarcinoma de esófago es causado por la ERGE o el EB de larga duración. En el caso de displasia comprobada, el riesgo de adenocarcinoma es mayor, y el consumo de tabaco, obesidad y radioterapia previa es aún mayor (Ernest Hawk & Jaye L, 2017).

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Ocupa el octavo lugar en el mundo y el tercero entre los adenocarcinomas del aparato gástrico. La plataforma GLOBOCAN el cual comprende datos españoles desde 2012 evidencian que la incidencia de adenocarcinoma de esófago es de 2.090 casos, y la tasa de prevalencia prevista a 5 años es de 2.238 casos. Pese a todo ello, esta patología representa el 1% de los tumores gastrointestinales y tiene una tasa del 1,7% de letalidad (Thrift, A, 2016).

Son muchos factores de riesgo asociados para la progresión hacia el adenocarcinoma de esófago como son: obesidad, presencia e infestación por *Helicobacter pylori*, sexo masculino, reflujo gastroesofágico, alimentación, y consumo de tabaco. En las primeras etapas, el cáncer de esófago suele ser asintomático, por lo que el diagnóstico suele ser accidental mientras se estudian otros problemas de salud.

Las manifestaciones más comunes relacionados con el cáncer de esófago para que los pacientes busquen atención médica son:

- * **Disfagia:** inicia a los alimentos sólidos y en etapas muy avanzadas dificulta el paso de líquidos.
- * **Pérdida de peso:** causada por la dificultad o incapacidad de alimentarse, hiporexia o anorexia causada por una enfermedad y cambios metabólicos.
- * **Síntomas respiratorios:** infecciones respiratorias y tos frecuentes, suelen ser consecuencia de la afectación de las vías respiratorias secundaria a tumores esofágicos.
- * **Otros síntomas:** sangrado, hipo, disfonía (voz ronca).

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

La EDA es la técnica diagnóstica preferida, si aparece alguno de los signos de advertencia anteriores, se debe realizar este procedimiento para confirmar la presencia del daño y toma de muestras para su estudio en patología y confirmar el diagnóstico. Las técnicas de endoscopia (azul de toluidina, solución de yodo de Lugol, etc.) y el modo NBI son de utilidad para el diagnóstico de lesiones tempranas. La esofagografía con bario puede determinar el área local de la lesión, especialmente en el caso de estenosis endoscópica (Thrumurthy , 2019).

2.5.2. Estómago y duodeno

a) Gastritis

Es una enfermedad inflamatoria que se la puede clasificar en aguda o crónica de la mucosa gástrica que pueden llegar a ser producidos por agentes endógenos o exógenos que pueden llegar a producir síntomas dispépticos, cuya presencia nos pueden dar una sospecha clínica, evidenciar endoscópicamente y confirmación por histología (Valdivia Roldán M, 2014).

Según información obtenida del INEC, el total de pacientes diagnosticados de gastritis en el 2016 fueron de 4.282 lo que representa un número significativo de pacientes con dicho diagnóstico a nivel nacional (INEC, 2016). La gastritis desde el punto de vista etiológico, es de carácter multifactorial y como se mencionó anteriormente esta puede ser causada por agentes endógenos y exógenos, como se los menciona a continuación:

- * **Factores exógenos:** infección por *H. pylori* entre otros, AINEs, narcóticos, alcohol etílico, cigarrillo, sustancias corrosivas, radiación.

- * **Factores endógenos:** ácido gástrico y pepsina, bilis, urea, inmunológico.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

La gastritis y gastropatías se pueden clasificar de diferentes maneras, las cuales se basan en criterios clínicos, factores de riesgo o etiológicos, endoscópicos o histopatológicos; entre las clasificaciones más utilizadas son:

- * Clasificación macro y microscópica basada en la prevalencia, manifestaciones clínicas y etiología.

- * Clasificación de Sydney que justifica la presencia endoscópica, histológica, etiológica, topográfica y grado de daño en los órganos.

Las clasificaciones anteriores se puede distinguir la enfermedad de carácter agudo o crónico, dichos términos se utilizan con el fin de describir el tipo de célula inflamatoria evidenciada en el histopatológico; la inflamación aguda se representa por infiltrado de tipo polimorfonucleares, mientras que la inflamación crónica se da por infiltrado mononuclear.

Por lo mencionado anteriormente se puede separar la gastritis de las gastropatías en un contexto clínico-patológico:

- **Formas de gastritis:**

- * Formas comunes:

- Gastritis aguda por *Helicobacter pylori*.
 - Gastropatía química:
 - Salicilatos y AINEs.
 - Reflujo biliar
 - Gastritis metaplásica atrófica
 - Autoinmune
 - Gastritis / gastropatía crónica de tipo indeterminada.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

- * Formas no comunes:
 - Gastritis atrófica post-antrectomía
 - Gastritis eosinofílica
 - Enfermedad de Crohn
 - Sarcoidosis
 - Gastritis linfocítica

Desde el punto de vista morfológico la gastritis y la gastropatía se pueden clasificar por:

- * **Localización del proceso:** antro, cuerpo, o pangastritis.
- * **Tipo de inflamación:** aguda, crónica, mixta, eosinofílica, granulomatosa.
- * **Tipo de inflamación:** difusa o focal
- * **Atrofia:** presente o ausente, grado (leve, moderado, marcado).
- * **Metaplasia intestinal:** presentes o ausente, grado (leve, moderado, marcado).
- * **Agente infeccioso:** bacterias, virus, parásitos.

Para el reconocimiento de la gastritis no existe una buena correlación de la clínica con hallazgos endoscópicos e histopatológicos, ya que existe la posibilidad de encontrar gastritis severas en pacientes sin síntomas o en estudios normales en pacientes con síntomas sugestivos de gastropatía. Los signos o hallazgos endoscópicos referentes a esta patología incluyen: eritema, edema, punteados hemorrágicos o hemorragia activa, erosiones,

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL pliegues hiperplásicos, mucosa atrófica por la observación de vasos submucosos con debilidad o pérdida de los pliegues gástricos (Valdivia Roldán M, 2014).

b) Úlcera péptica

La úlcera péptica tiene como síntoma gastrointestinal similar a la dispepsia y requiere de experiencia para su diagnóstico clínico. Es una entidad con complicaciones potencialmente graves como sangrado o perforación, con alto grado de mortalidad (Sverdén & Agréus, 2019).

La úlcera péptica se define como la ruptura de la mucosa de 3 a 5 milímetros en el estómago o duodeno con una profundidad visible. Esta lesión es el resultado de un desequilibrio entre los factores protectores y lesivos de la mucosa gástrica y/o duodeno.

Estudios realizados en Gran Bretaña sugieren que el 90% de úlceras son de origen duodenal y el 70% son de origen gástrico asociados a infección por *Helicobacter pylori*, aunque estos valores hoy en día se consideran que están en descenso; otro de los factores que tienen fuerte relación con la aparición y desarrollo con úlceras pépticas son los AINEs que tiene cerca del 10% de incidencia de ser los protagonistas de la patología mencionada (Sverdén & Agréus, 2019). Según el INEC, en el año 2016 se registraron 1.540 pacientes ingresados a nivel nacional por este diagnóstico de los cuales 31 fallecieron por sus complicaciones lo que significa una tasa de mortalidad en dicho año de 2.01% (INEC, 2016).

La presentación clínica de las úlceras gástricas y duodenales son similares, ya que refieren dolor en epigastrio o retroesternal, saciedad temprana, náusea o sensación de pesantez y puede ser difícil de diferenciar clínicamente esta entidad de una dispepsia. Las complicaciones más frecuentes de la úlcera péptica son: sangrado digestivo, perforación,

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL penetración en un órgano circundante y obstrucción por estenosis fibrótica; esta última con mayor frecuencia a nivel de región del píloro (Sverdén & Agréus, 2019).

El sangrado digestivo alto secundario a úlcera péptica ocurre en 19 a 57 pacientes por cada 100.000 individuos al año, mientras que la perforación o penetración es menos común, se ha reportado casos de 4 a 14 por cada 100.000 individuos al año. Por otra parte, la mortalidad por sangrado es de 8.6% y del 23.5% por perforación dentro de los primeros 30 días (Lau, J. & Hill C., 2011).

Se recomienda endoscopia en personas mayores con dispepsia, en pacientes con síntomas de bandera roja (signos de sangrado digestivo alto agudo, dolor abdominal agudo con antecedentes de úlcera péptica, síntomas sugestivos de malignidad- pérdida de peso, disfagia, pérdida de apetito, vómito recurrente-), y en pacientes cuyos síntomas dispépticos no se resuelven después de 4-8 semanas de tratamiento con inhibidores de bomba de protones (IBPs).

2.6. Enfermedad renal crónica

La enfermedad renal crónica se define como la pérdida progresiva, generalmente irreversible, de la tasa de filtración glomerular que se traduce en un conjunto de síntomas y signos denominado uremia y que en su estadio terminal es incompatible con la vida.

Son múltiples las causas de insuficiencia renal crónica. Más que una enumeración de las causas que la originan, es pertinente destacar que las principales causas han ido cambiando con el tiempo. Anteriormente la glomerulonefritis era considerada la causa más frecuente de insuficiencia renal, sin embargo, la nefropatía diabética ha llegado a ocupar el primer lugar, sobre todo en los países desarrollados seguido por la nefrosclerosis

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL hipertensiva y en tercer lugar se coloca la glomerulonefritis. Hay razones que explican estos cambios, así la diabetes mellitus se ha convertido en una enfermedad pandémica que continúa en fase de crecimiento. Por otro lado, los constantes adelantos en el manejo adecuado de la glomerulonefritis están impidiendo que la enfermedad se haga crónica y por lo tanto su importancia en la génesis de la insuficiencia renal ha ido disminuyendo (Torres Zamudio, 2003).

La enfermedad renal crónica (IRC) es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de órganos y sistemas (**Tabla 9**), lo cual es un reflejo de la complejidad de las funciones que el riñón desempeña en condiciones fisiológicas, así como de las severas consecuencias que comporta la disfunción renal. La insuficiencia renal es un proceso que expresa la pérdida de capacidad funcional de las nefronas, con tendencia a empeorar y ser irreversible. En este artículo se revisan sucintamente los mecanismos involucrados en su progresión y las principales alteraciones fisiopatológicas que produce la pérdida de la función renal.

2.6.1. Enfermedad renal crónica (ERC)

La ERC se define como la existencia de lesión renal o filtrado glomerular (FG) <60 ml/min $1,73$ m² durante un período ³³ meses. En las guías clínicas publicadas por la National Kidney Foundation se establece el concepto de ERC, su estratificación según el filtrado glomerular (**Tabla 10**), los factores de riesgo acompañantes y las actuaciones propuestas en cada fase. La distinción entre ERC e IRC pretende alertar del riesgo de progresión de la insuficiencia renal, cuando existe lesión renal crónica y factores predisponentes, aún con función renal normal. En sentido estricto, toda disminución del FG inferior a la normalidad podría considerarse como insuficiencia renal. Pero a efectos prácticos se entiende por insuficiencia renal un FG <60 ml/min $1,73$ m², que corresponde a las fases 3, 4 y 5.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Un aspecto importante a señalar es que la creatinina sérica (Crs) no es un buen indicador del grado de insuficiencia renal. Cuando la Crs empieza a ascender, ya existe una disminución de la función renal de aproximadamente un 50%. Por otra parte, un mismo nivel de Crs en individuos distintos no siempre se corresponde con un FG similar. El nivel de Crs depende de otros factores además de la tasa de filtrado, como la edad, sexo, raza o tamaño corporal. Por ello, se aconseja medir el FG, bien con la fórmula del aclaramiento o el estimado según las fórmulas de Cockcroft Gault o MDRD (**Tabla 11**).

2.6.2. Alteraciones fisiopatológicas en la insuficiencia renal crónica

La IRC afecta a muchos órganos y sistemas. En fases precoces no suele haber expresión clínica, si bien pueden detectarse anomalías bioquímicas y moleculares. La fase final aboca al síndrome urémico con un florido cortejo clínico.

Capitulo III

3.1. Diseño Metodológico

3.1.1. Tipo de estudio

Tabla 1. Parámetros de estudio

Estudio de Tesis	
Tipo	Observacional
Objetivo	Descriptivo
Orientación	Corte Transversal
Tiempo	Retrospectivo

3.1.1.1. Observacional:

Un estudio observacional es un tipo de estudio concreto que se define por tener un carácter estadístico o demográfico. Se caracterizan porque, en ellos, la labor del investigador se limita a la medición de las variables que se tienen en cuenta en el estudio (Nuestros Expertos, 2017). Entre este tipo de estudio podemos identificar dos derivadas:

A. Estudios transversales:

Se caracterizan por recopilar los datos en un momento concreto del objeto de la investigación. Permiten hacerse una idea más profunda de la realidad estudiada. Sin embargo, este tipo de estudios carecen de proyecciones temporales, ya que su investigación se limita a un momento concreto del objeto estudiado.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

B. Estudios longitudinales:

Este tipo de estudio observacional se caracteriza por desarrollarse a lo largo de un período de tiempo que ha sido concretado previamente. A diferencia de los estudios transversales, tienen la ventaja de que permiten observar la evolución de los procesos estudiados, lo que, por lo general, permite la obtención de unos datos y unas conclusiones más relevantes y útiles. Además, los estudios longitudinales pueden ser retrospectivos o prospectivos (según se lleve a cabo la observación de los datos con la expectativa de obtener conclusiones relativas al futuro o al pasado).

La presente investigación es de carácter observacional, descriptivo retrospectivo, a partir de la búsqueda y revisión del historial clínico de pacientes con IRC que acuden a chequeos rutinarios en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de octubre a diciembre del año 2021.

3.1.2. Operacionalización de las variables

Tabla 2. Datos operacionales de las variables

Variable	Definición	Indicador	Tipo de variable
Objetivo I	Definir las características sociodemográficas y los antecedentes patológicos de la población en estudio		
Edad	El tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual expresado en años.	- . 15 a 30 - . 30 a 60 - . Mayor de 60	Cuantitativa continua
Sexo	Condición fenotípica orgánica que distingue a los machos de las hembras	- . Femenino - . Masculino	Cualitativa nominal dicotómica

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Procedencia	Áreas demográficas basadas en la agrupación de las localidades o centros poblados de acuerdo a su tamaño poblacional y actividades que en estas se realizan.	- Urbano - Rural	Cualitativa nominal policotómico
Etnia	Auto identificación racial. Conjunto de personas que pertenece a una misma raza y, generalmente, a una misma comunidad lingüística y cultural.	- Blanco - Mestizo - Afrodescendiente - Indígena	Cualitativa nominal policotómico
Escolaridad	Grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos.	- Analfabeto - Primaria - Secundaria - Técnico Superior - Universitario	Cualitativa ordinal
Objetivo II	Identificar los factores de riesgos para alteraciones digestivas altas de los pacientes con insuficiencia renal crónica en estudio.		
Hábitos tóxicos	Sustancia adictiva, debido principalmente a componente activo, que actúa sobre el sistema nervioso central.	- Cigarrillo - Alcohol - Drogas	Categorico
Objetivo III	Especificar las manifestaciones clínicas gastrointestinales referidos en los pacientes en TSR en estudio.		

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Manifestaciones clínicas	Es la referencia subjetiva que da un enfermo de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o de una enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor epigástrico - Distensión abdominal - Regurgitación - Plenitud gástrica - Náusea - Vómito - Hematemesis - Melena 	Cualitativa nominal policotómico
Antecedentes de enfermedades crónicas	Registro con información sobre la salud de una persona.	<ul style="list-style-type: none"> - HTA - DM TIP 20 - Enfermedades autoinmunes 	Cualitativa nominal policotómico
Objetivo IV	Mencionar los hallazgos patológicos más frecuentes en la población estudiada		
Hallazgos patológicos macroscópicos	Alteración o desviación del estado Fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible, evidenciados a través de endoscopia alta.	<ul style="list-style-type: none"> - Reflujo duodeno gástrico - Varices esofágicas - Hernia hiatal - Esofagitis por reflujo. - Gastritis Eritemato erosiva antral, corporal y fúndica - Pangastritis Eritemato erosiva 	Cualitativa nominal policotómico

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

		<ul style="list-style-type: none">- . Ulcera gástrica- . Gastro duodenitis Eritemato erosiva- . Gastropatía portal.- . Pyloritis erosiva	
--	--	---	--

3.2. Enfoque del estudio

Será dirigido a determinar la prevalencia de los hallazgos endoscópicos superiores en el hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

3.3. Área de estudio

Servicio de Medicina Interna, áreas de nefrología en salas de hemodiálisis y diálisis peritoneal del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, ubicado al occidente de la ciudad de Managua.

3.4. Población y muestra

3.4.1. Población

La población de este estudio se estimó a partir del número de pacientes que acudieron a chequeos ejecutivos en periodo de octubre a noviembre de 2021 al Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, de los cuales se contabilizo 638 pacientes durante ese periodo, según las bases de datos del Hospital, de los cuales se extrajo una población de 111 pacientes equivalentes al 17.40%, que representa a los pacientes con IRC y que se les ha practicado endoscopia digestiva alta equivalente ahora a 100%.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

3.4.2. Muestra

El universo se conformó por 111 pacientes con diagnóstico definitivo de IRC en terapia de sustitución renal permanente y que, se les realizó endoscopia digestiva superior, en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

3.5. Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó durante la investigación en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, es de carácter No probabilístico por conveniencia.

3.5.1. Criterios

3.5.1.1. Criterios de inclusión

- * Edad mayor o igual a 15 años hasta mayor o igual a 60 años, de ambos sexos y de cualquier auto identificación racial, zona de residencia.
- * Pacientes con IRC a quienes les realizo endoscopia digestiva alta en terapia de sustitución renal permanente.

3.5.1.2. Criterios de exclusión

- * Pacientes pediátricos o menores de 15 años de edad.
- * Pacientes que tengan diagnósticos insuficiencia renal crónica en terapia de sustitución renal que no se realizaron endoscopia digestiva alta.

3.6. Fuente de información

Para la presente investigación, las fuentes de información para la recolección de datos es de carácter secundaria; es decir que se tomaron como ejemplos y guías a seguir, estudios de otras universidades e investigadores sobre la materia, no obstante se mantuvo un perfil de importancia en el momento de adquirir información estadística, los datos y o porcentajes que se refieren a la muestra en estudio son recopilaciones de los expedientes

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL clínicos de los pacientes del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca durante el periodo de octubre a diciembre 2021. También se utilizó el formato establecido por la UNAN-Managua para realizar todo lo referente al documento como material pedagógico y motórico.

3.7. Procesamiento y análisis de los datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el software Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), por sus siglas en inglés Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21).

Se calculó la prevalencia de los hallazgos patológicos evidenciados por endoscopia digestiva alta, según las variables propuestas, y se utilizarán tablas con dimensiones de acuerdo a la cantidad de factores que se tomen en cuenta para las variables de interés.

En el análisis univariado, las variables cualitativas serán descritas mediante frecuencias absoluta, frecuencias relativas, porcentaje. También serán expresadas a través de gráficos de sectores; y las variables cuantitativas serán descritas mediante las medidas de tendencia central como la media, mediana o moda según correspondiese su distribución estadística.

Una vez recolectada la información se procedió a la revisión de la base datos de los expedientes, creándose una base de datos en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21), luego de garantizar que los datos fuesen correctamente introducidos se procedió a aplicar las pruebas estadísticas específicas para cada objetivo. Se evaluará la importancia estadística mediante Intervalo de confianza del 95 % del riesgo (IC 95%). Las pruebas realizadas para el análisis y discusión de los resultados serán las siguientes:

- * Medidas de frecuencia

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

- * Tablas de contingencia

3.8. Consideraciones éticas

La información solicitada fue manejada confidencialmente y específicamente para efecto del estudio, se contó con la aprobación de subdirección docente del Hospital Escuela Dr. Antonio Lenin Fonseca para el levantamiento de información de los expedientes y así poder ejecutar correctamente la investigación monográfica.

3.9. Trabajo de campo - La investigación

La investigación se realizó en el área de estadística del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca, bajo la autorización del jefe de estadísticas y el conocimiento del subdirector docente un periodo de tres meses, se recolectó la información según los objetivos, recopilando la información estadística requerida en 5 días.

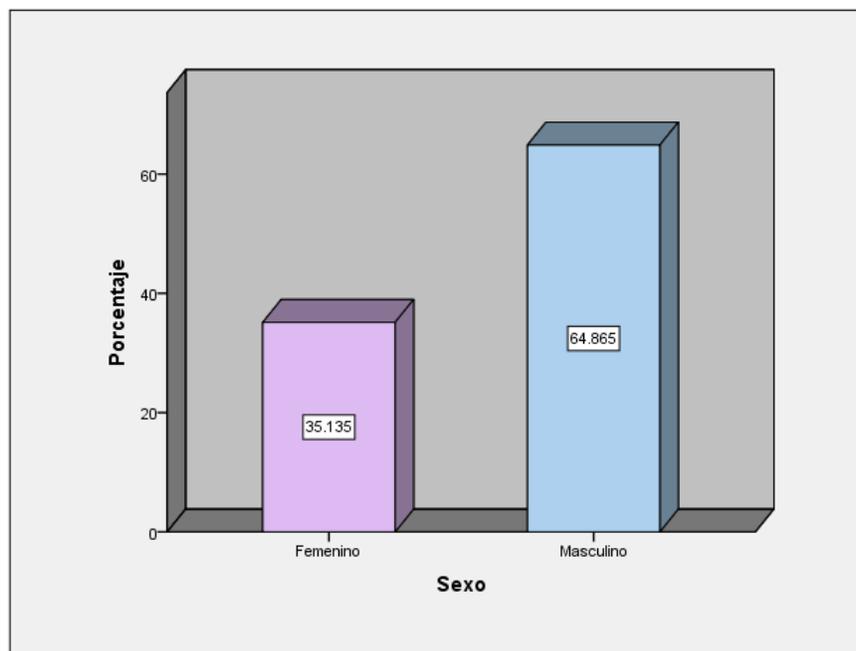
Capitulo IV

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis univariado

Se seleccionó una muestra de 111 pacientes equivalentes al 100%, que acudieron al Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca y se les realizo endoscopia digestiva alta en pacientes con IRC. El sexo predominante de estudio fue el masculino con la cifra de 72 personas equivalentes al 64.87%, siendo el femenino el menor con 35.14%.

Gráfico 1. Sexo determinación de prevalencia en el sexo



Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

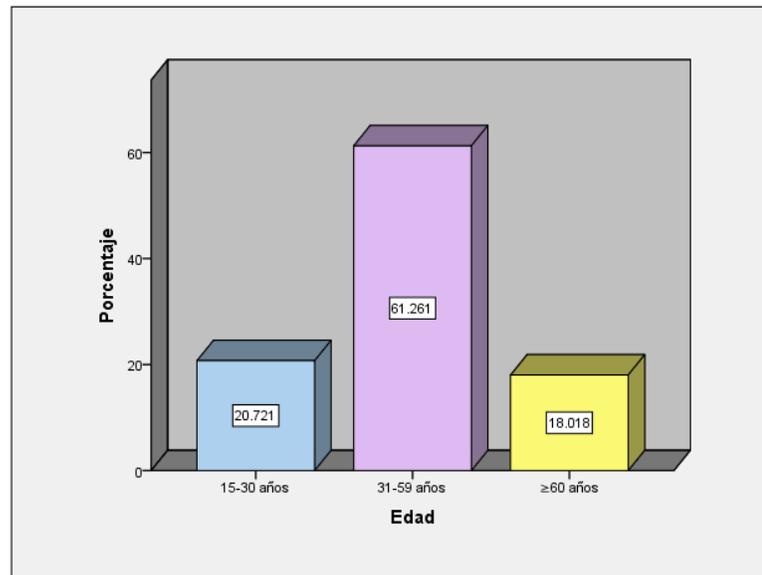
En cuanto a la edad de los pacientes en estudio, se obtuvo una edad media de 1.97, que ronda entre los 30 y 40 años.

Tabla 3. Edad de los pacientes

Estadísticos		
Edad		
N	Válidos	111
	Perdidos	0
Media		1.973
Mediana		2.000
Moda		2.0
Mínimo		1.0
Máximo		3.0

Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

Gráfico 2. Prevalencia según la edad de los pacientes

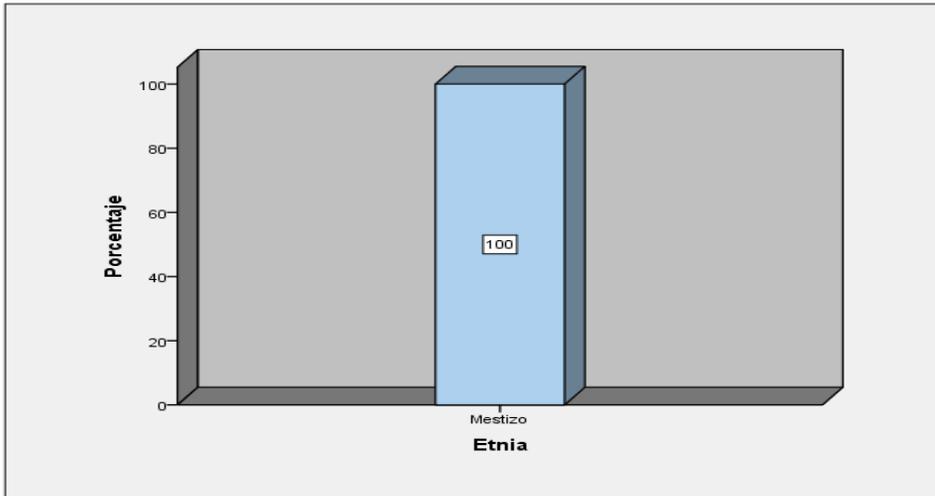


Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Con respecto a la autoidentificación de los pacientes que acudieron a realizarse el chequeo y la EDA, la etnia “mestiza” sobresalió en el estudio, ya que todos los pacientes corresponden a ella, es decir el 100% de la población en estudio es mestizo.

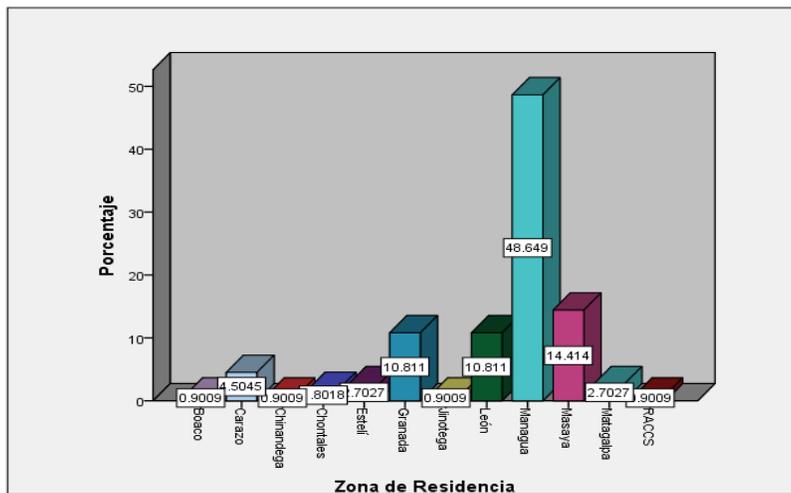
Gráfico 3. Etnia de los pacientes en estudio



Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

De la muestra de 111 pacientes que se realizaron la EDA, el 48.65% de la población provenían de Managua equivalente a 54 usuarios.

Gráfico 4. Zona de residencia



Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

En cuanto al nivel de instrucción, la mayoría de los pacientes solo tenían alcanzado la primaria, prevaleciendo con un 64%, equivalente a 71 usuarios de la población en estudio.

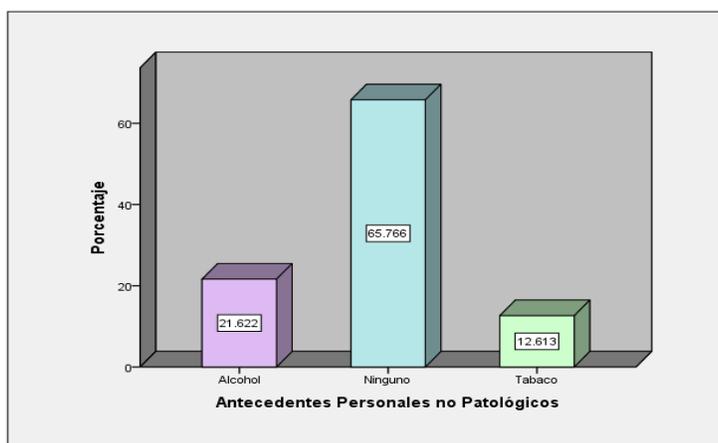
Tabla 4. Nivel de escolaridad

Escolaridad		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Analfabeto/a	3	2.7	2.7	2.7
	Primaria	71	64.0	64.0	66.7
	Secundaria	35	31.5	31.5	98.2
	Técnico Superior	1	.9	.9	99.1
	Universitario	1	.9	.9	100.0
	Total	111	100.0	100.0	

Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

Respecto al consumo de tabaco, de los 111 pacientes, el 94% reportó que no consumían tabaco hasta la fecha de su entrevista del chequeo ejecutivo

Gráfico 5. Antecedentes personales no patológicos

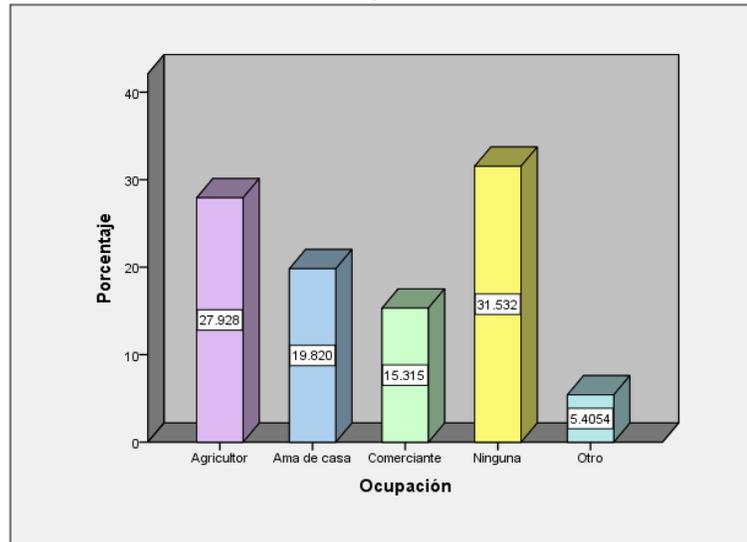


Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Para este estudio también se tomó en cuenta la variable ocupacional, donde estadísticamente refleja que el 31.53% de la población de esta muestra no tiene ocupación, esto es equivalente a 35 personas.

Gráfico 6. Ocupación o profesionalización



Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Al momento de conocer los porcentajes por comorbilidades asociadas, se tomaron en cuenta las siguientes, siendo la más frecuente la DM con 24.3% equivalente a 27 personas, es importante recalcar que un 41% de la muestra no sufría de ninguna otra enfermedad, esto equivale a 47 personas.

Tabla 5. Comorbilidades Asociadas

Comorbilidades Asociadas				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Asma Bronquial	1	.9	.9	.9
Cardiopatía	11	9.9	9.9	10.8
DM	27	24.3	24.3	35.1
DM, Cardiopatía	2	1.8	1.8	36.9
EPOC	4	3.6	3.6	40.5
Válidos Hepatopatía	13	11.7	11.7	52.3
Hepatopatía, Cardiopatía	1	.9	.9	53.2
Ninguna otra	46	41.4	41.4	94.6
Obesidad	5	4.5	4.5	99.1
TBP	1	.9	.9	100.0
Total	111	100.0	100.0	

Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

De la muestra utilizada de los pacientes que se realizaron una EDA en el hospital, se obtuvieron los siguientes porcentajes y la sintomatología de mayor prevalencia es el dolor epigástrico identificado con un valor de 34 personas, equivalente a un 30.6%.

Tabla 6. Sintomatología identificada en pacientes con IRC

Sintomatología				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	2	1.8	1.8	1.8
Diarrea	1	.9	.9	2.7
Diarrea, Dolor abdominal	12	10.8	10.8	13.5
Distensión abdominal	2	1.8	1.8	15.3
Distensión abdominal, Dolor abdominal	1	.9	.9	16.2
Distensión abdominal, Dolor epigástrico	1	.9	.9	17.1
Distensión abdominal, Reflujo	2	1.8	1.8	18.9
Distensión abdominal, Vómitos	5	4.5	4.5	23.4
Dolor abdominal	1	.9	.9	24.3
Dolor abdominal, Pirosis	1	.9	.9	25.2
Dolor abdominal, Reflujo	1	.9	.9	26.1
Dolor abdominal, Vómitos	34	30.6	30.6	56.8
Dolor epigástrico	3	2.7	2.7	59.5
Dolor epigástrico, Distensión abdominal	3	2.7	2.7	62.2
Dolor epigástrico, Náuseas	2	1.8	1.8	64.0
Hematemesis	7	6.3	6.3	70.3
Melena	18	16.2	16.2	86.5
Ninguna	12	10.8	10.8	97.3
Pirosis	1	.9	.9	98.2
Reflujo	2	1.8	1.8	100.0
Vómitos	111	100.0	100.0	
Total				

Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Tabla 7. Sintomatología identificada en pacientes con IRC

A todos los pacientes en estudio se les diagnostico hallazgos patológicos macroscópicos diferentes, pero el de mayor prevalencia es el de Gastritis Eritomato-erosiva con un porcentaje de 16.2%, equivalente a 18 pacientes, no obstante el 14.4% de los pacientes con IRC no presentaron patologías nuevas o diferentes, es decir 16 personas se han mantenido con un diagnóstico de IRC.

Tabla 8. Hallazgos patológicos macroscópicos en pacientes con IRC **Fuente:** Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

Hallazgos patológicos macroscópicos					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	Esofagitis por reflujo	5	4.5	4.5	4.5
	Gastritis Eritemato-petequial	4	3.6	3.6	8.1
	Gastritis Eritomato-erosiva antral	18	16.2	16.2	24.3
	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Hernia Hiatal Tipo I	1	.9	.9	25.2
	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Hernia Hiatal Tipo I, Reflujo Duoenoagástrico	1	.9	.9	26.1
	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Pilonitis Erosiva	3	2.7	2.7	28.8
	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Reflujo Duoenoagástrico	3	2.7	2.7	31.5
	Gastroduodenitis Eritematoerosiva	3	2.7	2.7	34.2
	Gastroduodenitis Eritematoerosiva, Esofagitis por reflujo	1	.9	.9	35.1
	Hernia Hiatal Tipo I	3	2.7	2.7	37.8

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Normal	16	14.4	14.4	52.3
Pangastritis Eritemato-erosiva	4	3.6	3.6	55.9
Pangastritis Eritemato-erosiva, Esofagitis por reflujo	1	.9	.9	56.8
Pangastritis Eritemato-erosiva, Hernia Hiatal Tipo I	1	.9	.9	57.7
Pangastritis Eritemato-erosiva, Pilonitis Erosiva	2	1.8	1.8	59.5
Pangastritis Nodular	1	.9	.9	60.4
Pilonitis Erosiva	3	2.7	2.7	63.1
Pilonitis Erosiva, Hernia Hiatal Tipo I	1	.9	.9	64.0
Pólipo Único Antral	1	.9	.9	64.9
Reflujo Duoenoagástrico	8	7.2	7.2	72.1
Reflujo Duoenoagástrico, Esofagitis por reflujo	2	1.8	1.8	73.9
Reflujo Duoenoagástrico, Pilonitis Erosiva	4	3.6	3.6	77.5
Reflujo Gastroesofágico	9	8.1	8.1	85.6
Reflujo Gastroesofágico, Hernia Hiatal Tipo I	1	.9	.9	86.5
Úlcera Gástrica	1	.9	.9	87.4
Várices Esofágicas grandes, Gastropatía Portal	1	.9	.9	88.3
Várices Esofágicas medianas	1	.9	.9	89.2
Várices Esofágicas medianas, Gastropatía Portal	3	2.7	2.7	91.9
Várices Esofágicas pequeñas	5	4.5	4.5	96.4
Várices Esofágicas pequeñas, Gastropatía Portal	4	3.6	3.6	100.0
Total	111	100.0	100.0	

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Discusión de resultados

Esta investigación se llevó a cabo durante el periodo de octubre a diciembre de 2021, el cual se considera de clase observacional descriptivo – retrospectivo, en el que se analizó a una muestra de 111 pacientes con IRC, mismos a quienes se les practico una EDA en el Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca.

El enfoque de la investigación se centra en pacientes con IRC, es por eso que de una población inicial de 638 pacientes durante el tiempo de estudio, se redujo a 111 usuarios que a la vez a estos se les practico EDA con el objetivo de identificar diferentes patologías mediante este examen clínico, para así poder brindar recomendaciones de cómo mejorar para prolongar la salud; “La medicina preventiva en la atención primaria de salud” donde describen que dichos actos son para los pacientes que han desarrollado factores de riesgos que predispongan o desencadenen patologías a futuro, dentro del presente trabajo a nivel del sistema gastrointestinal (García Pérez & Francisco, 2012).

Es importante considerar las propiedades epidemiológicas de la población en estudio, ya que las citas médicas mensuales para el chequeo general de estos pacientes con IRC, son de índole privado, cuya información se logró obtener gracias al director del hospital, siempre y cuando que esto sea con fines académicos, durante el desarrollo del documento se muestran investigaciones sobre el apartado gastrointestinal para tener una mejor concepción del tema en estudio.

Como se ha mencionado antes este tipo de estudio es orientado a pacientes con IRC que se realizan EDA para que el medico pueda conocer las causas, síntomas y patologías que el paciente puede presentar y cual de todas prevalece más, uno de los principales agentes de riesgo que se considera es el tabaco, no obstante la población en estudio no solo presenta malos hábitos sino también, otras patologías que contribuyen a un diagnostico más crítico y un posible empeoramiento futuro.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

La endoscopia digestiva, hoy en día se considera un procedimiento muy útil ya que, pese al ser invasivo, el beneficio constituye a una mejor calidad de vida y prolongamiento de continuidad del paciente, siempre y cuando se detecten a tiempo las diferentes patologías que pueda presentar un paciente ya sean inflamatorias y/o neoplásicas.

En este apartado es importante mencionar que este tipo de investigación no se puede comparar con otros datos estadísticos, dado que todas presentan diferentes variables, mismas que son analizadas de formas distintas, no obstante se puede mencionar que este estudio revelo que personas con IRC entre las edades de entre 40-50 son más propensas a padecer de otras patologías, a la vez se afirma que el género de prevalencia es el masculino con un promedio de 64.87% equivalente a 72 pacientes de un amuestra de 111 personas.

Con respecto a la autoidentificación, el 100% de la muestra en estudio corresponden a la etnia “mestiza” y esto se corrobora en otras investigaciones a nivel nacional desarrollados en Cuenca tales como la de Abad Regalado, M., & Aguaysa Reinoso ya enunciada con anterioridad o la de Mora A. con el nombre de “Factores asociados a Hemorragia Digestiva Alta No Variceal en pacientes mayores de 39 años”, donde la etnia con mayor prevalencia fue la mestiza al igual que en el presente trabajo (Abad, Aguaysa, & Bermeo, 2013).

Es importante saber que lo muestra se tomó con forme a la base de datos del Hospital Escuela Antonio Lenin Fonseca y se desarrolló a través de bases de datos elaboradas en softwares como Microsoft Excel y SPSS 21, es decir el análisis de datos se basó en la guía de muestras de endoscopista que ahora se están realizando por medio de jornadas para prevenir patologías adicionales a la IRC en este hospital.

Los resultados expuestos en el presente trabajo a nivel del uso de la EDA como procedimiento diagnóstico para hallazgos patológicos a nivel macroscópico cumplieron el

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

objetivo general de la investigación ya que se pudo identificar patología con mayor prevalencia a nivel de los pacientes con IRC quienes se realizan los chequeos en el hospital de estudio, con ello se puede tomar decisiones a futuro para el inicio de una terapéutica o seguimiento de los mismos.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Conclusiones

- * La prevalencia de hallazgos patológicos en esta investigación contribuyo a definir las características sociodemográficas y los antecedentes patológicos de la población en estudio, se puede decir entonces que, de una muestra de 111 personas se obtuvo un porcentaje de 61.3% entre las edades de 31-59 años de edad, 64.9% de ellos son de sexo masculino, el 100% de ellos son mestizos y a pesar de que todos provienen de residencias diferentes la que más prevalece es Managua con 48.6%, 71% de esta población solo culmino la primaria y 35 % de ellos no tiene ocupación alguna.

- * Se logró identificar los factores de riesgos de los pacientes con IRC en el servicio de medicina interna en el hospital escuela Antonio Lenin Fonseca de tal forma que del 100% de la muestra en estudio solo el 12.6% consume tabaco y el 21.6 alcohol, es decir que solo el 34.2% de la población es estudio es propensa a sufrir Asma Bronquial, Cardiopatía, DM, DM, Cardiopatía, EPOC Hepatopatía, Hepatopatía, Cardiopatía, Obesidad, TBP, de la cual el 41.4% de la población no padece de ninguna otra patología.

- * Al especificar las manifestaciones clínicas gastrointestinales referidos en los pacientes en TSR en estudio, presentan diversos síntomas, entre ellos prevalecen: el dolor epigástrico con 30.6%, distensión abdominal y pirosis con 10.8% cada una, por lo que podemos afirmar que 52.20% de la población en estudio presentan un cuadro critico mayor y requieren de prioridad médica para una vida prolongada.

- * En cuanto a los hallazgos patológicos más frecuentes evidencias por EDA, se pudo determinar la causa desencadenante de las complicaciones agudas de los pacientes en estudio, dado que la patología macroscópica más elevada fue la gastritis Eritomato-erosiva antral con 16.2%, es decir que a estos pacientes sufren de daños

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

en las defensas de la mucosa, por lo general, se manifiesta por hemorragia, pero puede ser subaguada o crónica, con síntomas escasos o nulos y es por eso que simple vista no se puede dar un diagnostico a un paciente con IRC sin antes haber realizado la EDA, misma que servirá para el tratamiento y continuidad del paciente en estudio.

- * Finalmente se concluye que, la investigación ha dado resultados satisfactorios para una evaluación completa para pacientes con IRC, mismo que recibirán un tratamiento adecuado a las diferentes patologías adicionales que presenten, diagnosticadas por la EDA. Sin embargo, dado que no hay temas de investigación específicos a este los resultados no se pueden comparar con otros, no obstante, este es de gran relevancia e importancia para esta investigación concluida.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Recomendaciones

- * Posterior a esta investigación se debe protocolizar la realización de endoscopia digestiva alta a todo paciente con ERC en sus diferentes fases de la enfermedad.
- * Evaluar al paciente con ERC integralmente sin minimizar el daño a otros sistemas que causa esta enfermedad.
- * Garantizar los instrumentos necesarios para la realización de EDA por las autoridades, así como para la toma de biopsia.

HALLAZGOS PATOLÓGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Bibliografía

- Amann K, R., & Adamczak M, R. (2003). Why is coronary heart disease of uremic patients so frequent and so devastating? *Nephrol Dial Transplant*, 18(631), 40.
- Armstrong D, B. (1996). The endoscopic assessment of esophagitis: a progress report . *Gastroenterology*, 85-92.
- Astudillo Mancero, R. (2021). PREVALENCIA DE HALLAZGOS PATOLÓGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA Y COLONOSCOPIA EN CHEQUEOS EJECUTIVOS DEL HOSPITAL METROPOLITANO DE QUITO EN EL PERIODO ENERO 2019 A ENERO 2020. *POSGRADO EN MEDICINA INTERNA*, 136. Obtenido de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/18654/5_Tesis_Concluida_estudiante_ASTUDILLO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bahimann FH, D., & Haller H, F. (2004). Erythropoietin: is more than anaemia? *Nephrol Dial Transplant*, 19(20), 2.
- Bassotti G, C. (2003). Pathophysiological aspects of diverticular disease of colon and. *World Journal of Gastroenterology*, 2140-2.
- Bucio, V. (2010). Consenso de Hemorroides. *Consenso en cirugía colorrectal*, 4-14.
- Cerón Méndez, T. (05 de enero de 2022). Realizan jornada endoscópica en Hospital Lenín Fonseca. *EL 19 digital, Por mas victorias!*, 1. Obtenido de <https://www.el19digital.com/articulos/ver/titulo:124275-realizan-jornada-endoscopica-en-hospital-lenin-fonseca>
- De La Torre Bravo, D. (1987). El conocimiento de la historia es el principio para la creación de una identidad. *Asociación Mexicana de Endoscopia Gastrointestinal. ameg*, 20. Obtenido de <https://www.amegendoscopia.org.mx/index.php/acerca/historia/145-historia-de-la-endoscopia>
- Díaz Rosales, D. J. (05 de febrero de 2019). Historia de la endoscopia. *Slideshere*, 19. Obtenido de <https://es.slideshare.net/juandediosdiazrosales/1-historia-de-la-endoscopia>
- Dr. Vignolo, J. (2011). Levels of care, prevention and primary health care. *Prensa Médica Latinoamericana*, XXXIII(1), 14. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Ernest Hawk , & Jaye L. (2017). Gastrointestinal Oncology. *Blackwell.*, 5.
- Fund, A. K. (23 de septiembre de 2021). Falla renal o insuficiencia renal terminal (IRT) - Síntomas, tratamientos, causas y prevención. *American Kidney Fund*, 8. Obtenido

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

de <https://www.kidneyfund.org/en-espanol/enfermedad-de-los-rinones/falla-de-los-rinones/>

- Foundation, N. K. (2016). La Enfermedad Renal Crónica. *National Kidney Foundation*, 10. Obtenido de <https://www.kidney.org/es/kidneydisease/aboutckd>
- Jones R, L. (2010). Alarm symptoms in early diagnosis of cancer in primary care: cohort study using General Practice Research Database. *British Medicine Journal*, 15.
- Kahrilas, M., P. (2008). Peter J. Kahrilas, M. *New England Journal of Medicine*, 1700-7.
- Lau, J., S., & Hill C., H. (2011). Systematic review of the epidemiology of complicated peptic ulcer disease: incidence, recurrence, risk factors and mortality. *Digestion*, 102-13.
- López San Román, A., & Moreira, V. (octubre de 2008). Upper digestive endoscopy. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 100(10), 3. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008001000012#:~:text=Permite%20detectar%20enfermedades%20de%20esos%20%20C3%B3rganos%20%20tomar%20muestras%20y%20aplicar%20tratamientos.&text=La%20endoscopia%20digestiva%20alta%20est%20%20C3%A1
- Nuestros Expertos. (11 de junio de 2017). ¿Qué es un estudio observacional? *Viu Universidad Internacional de Valencia*, 3. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/que-es-un-estudio-observacional#:~:text=Un%20estudio%20observacional%20es%20un,en%20cuenta%20en%20el%20estudio.>
- Palamara. (2016). Role of Esophagogastroduodenoscopy Surveillance for Patients with Barrett Esophagus. *he Medical clinics of North America*, 1057-1064.
- Peery AF, Dellon , D. (2015). Burden of gastrointestinal disease in the United States. *astroenterology*, 1179-87.
- Reiriz Palacios, J. (2015). SISTEMA DIGESTIVO: ANATOMÍA. *Infermera virtual*, 34. Obtenido de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/98/Sistema%20digestivo.pdf?1358605461>
- Shaheen. (2014). Barretts oesophagus. *The Lancet*, 850–61.
- Sverdén, E., & Agréus, L. (2019). Peptic ulcer disease. *The BMJ*, 6.
- Thrift, A. (2016). The epidemic of oesophageal carcinoma: where are we now. *Cancer Epidemiol*, 88-95.
- Thrumurthy , S. (2019). Oesophageal cancer: risks, prevention, and diagnosis. *BMJ*, 5.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Torres Zamudio, C. (enero de 2003). Insuficiencia Renal Crónica. *Scielo Perú*, 14(1), 10. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=s1018-130x2003000100001&script=sci_arttext

Treviño-Becerra, A. D. (enero-febrero de 2004). Insuficiencia renal crónica: enfermedad emergente, catastrófica y por ello prioritaria. *Medigraphic - Cirugía y Cirujanos*, 72(1), 4. Obtenido de https://web.archive.org/web/20170919023836id_/http://www.medigraphic.com:80/pdfs/circir/cc-2004/cc041a.pdf

Valdivia Roldán M. (2014). Gastritis y gastropatía. *Revista Gastroenterología*, 38-48.

WH T. (1975). The nature of haemorrhoids. *British Journal of Medicine*, 542-552.

Yun AJ, B. K. (2005). A new mechanism for diverticular diseases: aging-related vagal with drawal. *Med Hypotheses*, 252-5.

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Anexos

Tabla 9. Manifestaciones clínicas y bioquímicas de ERC

Manifestaciones clínicas y bioquímicas de IRC	
Sistema nervioso:	Encefalopatía Polineuropatía periférica Disfunción del sistema autónomo
Sistema hematológico:	Anemia Disfunción plaquetar Hipercoagulabilidad
Inmunodeficiencia humoral y celular:	infecciones y neoplasias
Sistema cardiovascular:	Hipertensión Miocardiopatía Cardiopatía isquémica Pericarditis Vasculopatía periférica Accidentes cerebrovasculares
Aparato osteoarticular:	Enfermedad ósea de remodelado alto Enfermedad ósea de remodelado bajo Amiloidosis por depósitos de b2microglobulina Artritis gotosa Pseudogota cálcica
Sistema respiratorio:	Derrame pleural Edema pulmonar Calcificaciones pulmonares
Sistema digestivo:	Anorexia Náuseas, vómitos Ascitis Úlcus gastroduodenal Angiodisplasia de colon Diverticulitis
Estado nutricional:	Desnutrición
Sistema endocrino y metabolismo:	Hiperinsulinemia Resistencia periférica a la insulina
Tasas alteradas de:	glucagón, TSH, T3, T4,

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

	cortisol, LH, FSH, prolactina, GH y leptina
Esfera sexual:	Disfunción eréctil Amenorrea
Piel:	Prurito Hiperpigmentación Xerosis Pseudoporfiria Foliculitis perforante Calcifilaxis
Psicológicas:	Depresión
Bioquímicas:	Retención nitrogenada (urea, creatinina) Hiperuricemia Hiponatremia Hipernatremia Hiperpotasemia Hipopotasemia Acidosis metabólica Alcalosis metabólica Hipocalcemia Hiperfosfatemia Tasas alteradas de enzimas cardíacos, hepáticos, pancreáticos y tumorales

Fuente: Adaptado de Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004;10(1):8-76

Tabla 10. Estratificación de la enfermedad renal crónica NKF-K/DOQI

Estratificación de la enfermedad renal crónica NKF-K/DOQI			
Fase	Descripción	FG (ml/min/1,73 m ²)	Actuación
1	Lesión renal con FG normal o aumentado	>90	Diagnóstico y tratamiento Tratamiento de la comorbilidad Ralentizar la progresión Reducir el riesgo cardiovascular

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

2	Lesión renal con ↓FG leve	60-89	Estimar la progresión
3	↓FG moderada	30-59	Evaluar y tratar complicaciones
4	↓FG severa	15-29	Preparación para el tratamiento sustitutivo
5	Insuficiencia o fallo renal	<15	Tratamiento sustitutivo (si uremia)

Fuente: Tomado de Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004;10(1):8-76

Tabla 11. Determinación del filtro glomerular

Determinación del filtrado glomerular	
1- Aclaramiento de creatinina endógena (con recolección de orina de 24 horas):	$FG = \text{Vol. orina (ml/min)} \times (\text{Creatinina orina} / \text{Creatinina sérica})$ El resultado se debe estandarizar a la superficie corporal (SC), multiplicando por 1,73/SC
2- Fórmula de Cockcroft-Gault:	$FG = (140 - \text{edad}) \times \text{peso (Kg)} / 72 \times \text{Creatinina sérica (mg/dl)}$ o bien (si el resultado de la creatinina se expresa en UI): $FG = (140 - \text{edad}) \times \text{peso (Kg)} / 0,81 \times \text{Creatinina sérica (mmol/l)}$ En las mujeres multiplicar el resultado por 0,85
3- Fórmula MDRD (Modification of Diet in Renal Disease study):	$FG = 170 \times (\text{Creatinina s} \times 0,0113)^{\text{elevado a } -0,999 \times (\text{edad})^{\text{elevado a } -0,176} \times 0,762 \text{ (si mujer)} \times 1,18 \text{ (si raza negra)} \times (\text{Urea s} \times 2,8)^{\text{elevado a } -0,17} \times (\text{Albúmina s})^{\text{elevado a } 0,318}$

Fuente: Tomado de Anales de Cirugía Cardíaca y Vascular 2004;10(1):8-76

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Tabla 12. Recolección de datos de la población

The screenshot shows an Excel spreadsheet titled 'BASE DE DATOS TESIS LOPEZ - Excel'. The data table has the following columns: Nombres y Apellidos, Expediente, Sexo, Edad, Etnia, Zona de Residencia, Escolaridad, Ocupación, Comorbilidades Asociadas, Antecedentes Personales, Sintomatología, and Hallazgos Endoscópicos. The table contains 28 rows of patient data.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
	Nombres y Apellidos	Expediente	Sexo	Edad	Etnia	Zona de Residencia	Escolaridad	Ocupación	Comorbilidades Asociadas	Antecedentes Personales	Sintomatología	Hallazgos Endoscópicos
1	Marvin Vidal Bárcenas Lezama	140266	Masculino	31-59 años	Mestizo	León	Primaria	Agricultor	DM	Tabaco	Pirosis	Gastritis Eritomato-erosiva antral
2	Lidia Guadalupe Pérez Cisneros	070795	Femenino	15-30 años	Mestizo	Managua	Primaria	Ninguna	Ninguna otra	Ninguno	Dolor epigástrico	Normal
3	Lester Rodríguez Rocha	150979	Masculino	31-59 años	Mestizo	Granada	Primaria	Comerciante	Obesidad	Ninguno	Pirosis	Reflujo Gastroesofágico
4	Luis Alberto Largaespada Téllez	220279	Masculino	31-59 años	Mestizo	Granada	Primaria	Agricultor	Ninguna otra	Alcohol	Dolor abdominal, Pirosis	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Reflujo Duodenogástrico
5	José Elías Saavedra Tercero	210759	Masculino	≥60 años	Mestizo	Carazo	Primaria	Agricultor	DM	Tabaco	Dolor epigástrico, Náuseas	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Pilonitis Erosiva
6	Carlos Alberto Meneses Jarquín	020185	Masculino	31-59 años	Mestizo	Masaya	Primaria	Comerciante	Ninguna otra	Ninguno	Distensión abdominal, Dolor	Gastrodudodentitis Eritematoerosiva
7	Luis Napoleón Pastrán Arancibia	141161	Masculino	≥60 años	Mestizo	Masaya	Analfabeto/a	Agricultor	DM	Ninguno	Dolor epigástrico	Reflujo Duodenogástrico, Esofagitis por reflujo
8	Keren Lisbeth Quintero Alonso	270191	Femenino	15-30 años	Mestizo	Managua	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra	Ninguno	Dolor epigástrico	Gastritis Eritemato-petequial
9	Miguel Ángel Morales Meda	270172	Masculino	31-59 años	Mestizo	León	Secundaria	Agricultor	DM	Tabaco	Distensión abdominal, Dolor	Gastrodudodentitis Eritematoerosiva, Esofagitis por reflujo
10	José Antonio Rojas Lira	220965	Masculino	31-59 años	Mestizo	Managua	Técnico Superior	Otro	Ninguna otra	Ninguno	Ninguna	Hernia Hiatal Tipo I
11	Feliciano Francisco Aburto Medrano	100778	Masculino	31-59 años	Mestizo	Managua	Secundaria	Comerciante	Cardiopatía	Ninguno	Vómitos	Reflujo Duodenogástrico, Esofagitis por reflujo
12	Luis Antonio Cano González	250287	Masculino	31-59 años	Mestizo	Managua	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra	Ninguno	Distensión abdominal	Hernia Hiatal Tipo I
13	Jovani Otoniel Urbina Arana	200990	Masculino	31-59 años	Mestizo	Managua	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra	Ninguno	Ninguna	Normal
14	Gloria Ligia Mairana Calero	220984	Femenino	31-59 años	Mestizo	Managua	Primaria	Ama de casa	Obesidad	Ninguno	Dolor epigástrico	Reflujo Gastroesofágico
15	Aliz Marcela Reyes	030792	Femenino	15-30 años	Mestizo	Masaya	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra	Ninguno	Dolor epigástrico	Esofagitis por reflujo
16	Victor Mojica Ruiz	021254	Masculino	≥60 años	Mestizo	Managua	Secundaria	Comerciante	Cardiopatía	Ninguno	Pirosis	Normal
17	Martha Gómez	210265	Femenino	31-59 años	Mestizo	Granada	Primaria	Ama de casa	DM	Ninguno	Dolor abdominal, Reflujo	Pangastritis Eritemato-erosiva
18	Josefa Reyes Hernández	180366	Femenino	31-59 años	Mestizo	Managua	Primaria	Ninguna	DM	Ninguno	Reflujo	Gastritis Eritomato-erosiva antral
19	Marcial Bonifacio Rojas Espinoza	070750	Masculino	≥60 años	Mestizo	Managua	Primaria	Comerciante	DM	Alcohol	Dolor epigástrico, Distensión	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Hernia Hiatal Tipo I
20	Candida Rosa Murillo Gaitán	101182	Femenino	31-59 años	Mestizo	Carazo	Secundaria	Ama de casa	Obesidad	Ninguno	Distensión abdominal	Reflujo Gastroesofágico, Hernia Hiatal Tipo I
21	Delia Maria Mercado Airas	101252	Femenino	≥60 años	Mestizo	Masaya	Primaria	Ninguna	DM	Ninguno	Dolor abdominal, Vómitos	Gastritis Eritomato-erosiva antral, Pilonitis Erosiva
22	Martha Adilia Ruiz	120960	Femenino	≥60 años	Mestizo	León	Secundaria	Ama de casa	DM	Ninguno	Distensión abdominal	Pangastritis Eritemato-erosiva
23	Gikili Adán Rodríguez Sequeira	211081	Masculino	31-59 años	Mestizo	Managua	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra	Ninguno	Pirosis	Reflujo Gastroesofágico
24	Lester Antonio Mendoza Baca	080773	Masculino	31-59 años	Mestizo	León	Universitario	Otro	Ninguna otra	Alcohol	Dolor epigástrico	Reflujo Duodenogástrico
25	Marbely Doña Mojica	050180	Femenino	31-59 años	Mestizo	Managua	Primaria	Ama de casa	Obesidad	Ninguno	Pirosis	Esofagitis por reflujo
26	Yamileth de María Montano	160264	Femenino	31-59 años	Mestizo	Managua	Primaria	Ninguna	DM	Ninguno	Distensión abdominal	Gastrodudodentitis Eritematoerosiva
27	Antonio Jirón Ramírez	130660	Masculino	≥60 años	Mestizo	Managua	Primaria	Agricultor	DM	Tabaco	Dolor epigástrico, Náuseas	Gastritis Eritomato-erosiva antral

Fuente: Tomado de mi PC, Microsoft Excel, base de datos 2021

Elaborado por: López, Skarleth (2021).

HALLAZGOS PATOLÓGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRÓNICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Tabla 13. Variables de estudio

	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
1											
2	ETNIA	ZONA DE PROCENDECIA	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN	Comorbilidades Asociadas	APNP	Sintomatología	Hallazgos patológicos macroscópicos			
3	Mestizo	Managua	Analfabeto/a	Ama de casa	DM	Alcohol	Pirosis	Reflujo Gastroesofágico			
4	Miskito	Masaya	Primaria	Comerciante	Cardiopatía	Tabaco	Dolor epigástrico	Reflujo Duoenoagástrico			
5	Afrodescendiente	Granada	Secundaria	Agricultor	Hepatopatía	Drogas	Distensión abdominal	Várices Esofágicas pequeñas			
6	Blanco	Estelí	Técnico Superior	Otro	EPOC	Ninguno	Dolor abdominal	Várices Esofágicas medianas			
7		Chontales	Universitario/a	Ninguna	Obesidad		Náuseas	Várices Esofágicas grandes			
8		Chinandega			Enfermedades autoinmunes		Vómitos	Esofagitis por reflujo			
9		Boaco			TBP		Reflujo	Gastritis Eritemato-petequial			
10		Carazo			Ninguna otra		Melena	Gastritis Eritomato-erosiva antral			
11		Jinotega					Hematemesis	Pangastritis Nodular			
12		Matagalpa					Diarrea	Pangastritis Eritemato-erosiva			
13		Nueva Segovia					Ninguna	Úlcera Gástrica			
14		Rivas						Gastroduodenitis Eritematoerosiva			
15		Río San Juan						Gastropatía Portal			
16		Madriz						Piloritis Erosiva			
17		León						Hernia Hiatal Tipo I			
18		RACCN						Pólipo Único Antral			
19		RACCS						Normal			
20											
21											

Fuente: Tomado de mi PC, Microsoft Excel, base de datos 2021

Elaborado por: López, Skarleth (2021).

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Tabla 14. Conjunto de datos IBM SPSS

*Base de DATOS TESIS SPSS Lop.sav [Conjunto_de_datos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Edición Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ventana Ayuda

2 : Numerador 2 Visible: 13 de 13 variables

	Numerador	NombresyApellidos	Expediente	Sexo	Edad	Etnia	ZonadeResidencia	Escolaridad	Ocupación	ComorbilidadesAsoci
1	1	Marvin Vidal Bárcenas Lezama	140266	Masculino	2.0	Mestizo	León	Primaria	Agricultor	DM
2	2	Lidia Guadalupe Pérez Cisneros	70795	Femenino	1.0	Mestizo	Managua	Primaria	Ninguna	Ninguna otra
3	3	Lester Rodríguez Rocha	150979	Masculino	2.0	Mestizo	Granada	Primaria	Comerciante	Obesidad
4	4	Luis Alberto Largaespada Téllez	220279	Masculino	2.0	Mestizo	Granada	Primaria	Agricultor	Ninguna otra
5	5	José Elías Saavedra Tercero	210759	Masculino	3.0	Mestizo	Carazo	Primaria	Agricultor	DM
6	6	Carlos Alberto Meneses Jarquín	20185	Masculino	2.0	Mestizo	Masaya	Primaria	Comerciante	Ninguna otra
7	7	Luis Napoleón Pastrán Arancibia	141161	Masculino	3.0	Mestizo	Masaya	Analfabeto/a	Agricultor	DM
8	8	Keren Lisbeth Quintero Alonso	270191	Femenino	1.0	Mestizo	Managua	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra
9	9	Miguel Ángel Morales Medal	270172	Masculino	2.0	Mestizo	León	Secundaria	Agricultor	DM
10	10	José Antonio Rojas Lira	220965	Masculino	2.0	Mestizo	Managua	Técnico Superior	Otro	Ninguna otra
11	11	Feliciano Francisco Aburto Medrano	100778	Masculino	2.0	Mestizo	Managua	Secundaria	Comerciante	Cardiopatía
12	12	Luis Antonio Cano González	250287	Masculino	2.0	Mestizo	Managua	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra
13	13	Jovani Otoniel Urbina Arana	200990	Masculino	2.0	Mestizo	Managua	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra
14	14	Gloria Ligia Mairena Calero	220984	Femenino	2.0	Mestizo	Managua	Primaria	Ama de casa	Obesidad
15	15	Aliz Marcela Reyes	30792	Femenino	1.0	Mestizo	Masaya	Secundaria	Ninguna	Ninguna otra
16	16	Victor Mojica Ruiz	21254	Masculino	3.0	Mestizo	Managua	Secundaria	Comerciante	Cardiopatía
17	17	Martha Gómez	210265	Femenino	2.0	Mestizo	Granada	Primaria	Ama de casa	DM
18	18	Josefa Reyes Hernández	180366	Femenino	2.0	Mestizo	Managua	Primaria	Ninguna	DM
19	19	Marcial Bonifacio Rojas Espinoza	70750	Masculino	3.0	Mestizo	Managua	Primaria	Comerciante	DM
20	20	Candida Rosa Murillo Gaitán	101182	Femenino	2.0	Mestizo	Carazo	Secundaria	Ama de casa	Obesidad
21	21	Delia Maria Mercado Airas	101252	Femenino	3.0	Mestizo	Masaya	Primaria	Ninguna	DM
22	22	Martha Adilia Ruiz	120060	Femenino	2.0	Mestizo	León	Secundaria	Ama de casa	DM

Vista de datos Vista de variables

Abrir documento de datos IBM SPSS Statistics Processor es

Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

Elaborado por: López, Skarleth (2021).

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Tabla 15. Conjunto de variables IBM SPSS

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Numerador	Númerico	8	0	Numerador	Ninguna	Ninguna	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	NombresyA...	Cadena	40	0	Nombres y Ape...	Ninguna	Ninguna	40	Izquierda	Nominal	Entrada
3	Expediente	Númerico	7	0	Expediente	Ninguna	Ninguna	12	Derecha	Escala	Entrada
4	Sexo	Cadena	9	0	Sexo	{1, Masculin...	Ninguna	9	Izquierda	Nominal	Entrada
5	Edad	Númerico	11	1	Edad	{1.0, 15-30 ...	Ninguna	5	Derecha	Nominal	Entrada
6	Etnia	Cadena	7	0	Etnia	{1, Mestizo}...	Ninguna	7	Izquierda	Nominal	Entrada
7	ZonadeResi...	Cadena	10	0	Zona de Reside...	{1, Managu...	Ninguna	14	Izquierda	Nominal	Entrada
8	Escolaridad	Cadena	17	0	Escolaridad	{1, Analfabe...	Ninguna	11	Izquierda	Nominal	Entrada
9	Ocupación	Cadena	11	0	Ocupación	{1, Ama de ...	Ninguna	9	Izquierda	Nominal	Entrada
10	Comorbilida...	Cadena	26	0	Comorbilidades...	{1, DM}...	Ninguna	19	Izquierda	Nominal	Entrada
11	Antecedent...	Cadena	7	0	Antecedentes ...	{1, Alcohol}...	Ninguna	11	Izquierda	Nominal	Entrada
12	Sintomatolo...	Cadena	41	0	Sintomatología	{1, Pirosis}...	Ninguna	26	Izquierda	Nominal	Entrada
13	Hallazgospa...	Cadena	81	0	Hallazgos patol...	{1, Reflujo ...	Ninguna	37	Izquierda	Nominal	Entrada
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Portapapeles 24 de 24
Elemento no recopilado: elimine elementos para aumentar el espacio disponible

Fuente: Tomado de IBM Statistics Visor, base de datos 2021

Elaborado por: López, Skarleth (2021).

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL

Tabla 16. Cronograma de actividades

Cronograma de Actividades																
Fases	Mes de Octubre 2021				Mes de Noviembre 2021				Mes de Diciembre 2021				Mes de Enero 2022			
	S. 1	S. 2	S. 3	S. 4	S. 1	S. 2	S. 3	S. 4	S. 1	S. 2	S. 3	S. 4	S. 1	S. 2	S. 3	S. 4
Ajustes a la Propuesta según conceptos de revisores	■															
Revisión de Bibliografía		■														
Tutoría			■													
Recolección de datos Mensuales				■												
Presentación y corrección de capítulo I					■											
Recolección de Información						■										
Tutoría							■									
Recolección de datos Mensuales								■								
Presentación y corrección de Capitulo II									■							
Revisión y ajuste metodología										■						
Tutoría											■					
Recolección de datos Mensuales												■				
Procesamiento de datos													■			
Análisis de resultados														■		
Informe final															■	
Ultimas correcciones																■

Fuente: Tomado de mi PC, Microsoft Excel, Cronograma de Actividades 2021

Elaborado por: López, Skarleth (2021).

HALLAZGOS PATOLOGICOS EVIDENCIADOS POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA
ALTA EN PACIENTES RENALES CRONICOS EN TERAPIA SUSTITUTIVA RENAL