



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## Sesión de trabajos libres orales

Domingo 16 de noviembre de 2025

### Neurogastroenterología II

#### Dom025

#### FENOTIPOS DE SENSIBILIDAD RECTAL Y SU ASOCIACIÓN CON SÍNTOMAS EN TRASTORNOS DEFECATORIOS: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO ESTRATIFICADO POR SEXO

K. R. García-Zermeño, F. A. Félix-Téllez, R. A. Jiménez-Castillo, L. Bolio-Lalinde, S. P. Mendivil-Sáenz, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Gastrointestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La sensibilidad rectal es un componente esencial en el control de la defecación voluntaria. Los mecanismos aferentes que detectan la distensión rectal y generan la sensación de urgencia son clave para activar los reflejos motores e iniciar una respuesta consciente de evacuación. Las alteraciones en esta percepción, tanto por aumento (hipersensibilidad rectal) como por disminución (hiposensibilidad rectal), pueden tener consecuencias clínicas relevantes. La Clasificación de Londres estandariza su evaluación mediante distensión con balón y manometría de alta resolución. Aunque se ha descrito la prevalencia de alteraciones sensoriales, se desconoce su correlación con síntomas y si ésta varía de acuerdo con el sexo. El cuestionario PAC-SYM, diseñado para estreñimiento funcional, también podría ser útil en otros trastornos defecatorios.

**Objetivo:** Evaluar la relación entre la puntuación PAC-SYM (total y por dominios específicos) y los trastornos de sensibilidad rectal como marcador indirecto (*proxy*) de intensidad sintomática en trastornos de la defecación, además de analizar si dichas relaciones difieren entre hombres y mujeres.

**Material y métodos:** Estudio transversal con datos de centros de coloproctología y gastroenterología en cinco países (2022-2023). Se incluyó a adultos con diagnóstico de estreñimiento crónico (EC), incontinencia fecal (IF) o ambos (EC/IF), evaluados con manometría anorrectal y prueba de distensión rectal. Los pacientes completaron cuestionarios clínicos (Roma IV, St. Marks, CCS y PAC-SYM). La sensibilidad rectal se clasificó en cuatro fenotipos según los umbrales sensoriales (primera sensación, deseo de evacuar, volumen máximo

tolerado) y valores de referencia por sexo: hipersensibilidad ( $\geq 1$  umbral bajo), hiposensibilidad ( $\geq 2$  umbrales altos), hiposensibilidad límitrofe (1 umbral alto) y normalidad (todos normales). El PAC-SYM evaluó síntomas abdominales, rectales y relacionados con heces (intervalo total, 0-48). Se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis ( $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se incluyó a 986 pacientes, con 86,2% de mujeres y mediana de edad de 57 años. Distribución clínica: EC (33,9%), IF (22,3%) y EC/IF (30,8%).

#### Fenotipos sensoriales:

Sensibilidad normal: 77,6%; hiposensibilidad límitrofe: 9,5%; hiposensibilidad: 7,8%; hipersensibilidad: 5,1%. PAC-SYM y sensibilidad rectal: se encontraron diferencias significativas en la puntuación total ( $p = 0,0097$ ), especialmente en los dominios rectal ( $p = 0,0111$ ) y heces ( $p = 0,0095$ ). El dominio abdominal no fue significativo. Los pacientes con hiposensibilidad registraron las puntuaciones PAC-SYM más altas ( $19,06 \pm 11,8$ ), seguidos por los de hiposensibilidad límitrofe ( $17,71 \pm 10,9$ ), normal ( $17,07 \pm 10,7$ ) e hipersensibilidad ( $15,24 \pm 10,6$ ). La hiposensibilidad se acompañó de síntomas más intensos ( $p < 0,05$ ). La hiposensibilidad no mostró diferencias significativas frente a otros grupos, posiblemente por su menor tamaño muestral (Tabla 1). Distribución por diagnóstico clínico: EC: hiposensibilidad (9,6%) e hipersensibilidad (3,6%); IF: hiposensibilidad (5,0%) e hipersensibilidad (5,0%); EC/IF: hiposensibilidad (8,6%) e hipersensibilidad (7,2%). La relación entre diagnóstico y fenotipo fue significativa ( $\chi^2 = 15,19$ ,  $p = 0,0188$ ). En EC/IF se observó mayor frecuencia de hipersensibilidad; en la IF predominó la sensibilidad normal.

**Conclusiones:** Los fenotipos extremos de sensibilidad rectal se vinculan con mayor intensidad sintomática, en especial en los dominios rectal y de heces del PAC-SYM. La hiposensibilidad, aunque fue menos común, mostró mayor carga clínica, quizás por una disfunción aferente que afecta la percepción del deseo de evacuar. La hipersensibilidad, más frecuente en mujeres y en quienes tienen síntomas combinados, podría reflejar sensibilización central. Este estudio multicéntrico es de los primeros en demostrar una relación significativa entre fenotipos fisiológicos rectales e intensidad sintomática y destaca además el posible valor clínico de la hiposensibilidad límitrofe. Los hallazgos respaldan el uso de la evaluación fisiológica para guiar los

Tabla 1. Puntuación PAC-SYM de acuerdo con el fenotipo de sensibilidad rectal. (Dom025)

Fenotipo de sensibilidad	PAC-SYM total (media $\pm$ DE)	Abdominal	Rectal	Heces
Hiposensibilidad	$16,12 \pm 10,1$	$4,72 \pm 3,5$	$2,05 \pm 2,09$	$9,34 \pm 5,99$
Hiposensibilidad límitrofe	$14,78 \pm 9,41$	$4,2 \pm 3,18$	$1,82 \pm 1,99$	$8,76 \pm 5,74$
Sensibilidad normal	$12,96 \pm 9,2$	$3,78 \pm 3,17$	$1,72 \pm 2,04$	$7,46 \pm 5,59$

tratamientos personalizados: estimulación sensorial en la hiposensibilidad y neuromoduladores o psicoterapia en la hipersensibilidad. La alteración sensorial rectal se relaciona con mayor intensidad de los síntomas evacuatorios. La hiposensibilidad implica mayor carga clínica y podría requerir tratamientos dirigidos. El PAC-SYM permite diferenciar entre fenotipos sensoriales más allá del estreñimiento. La hiposensibilidad limitrofe puede representar un fenotipo subclínico relevante. Evaluar la fisiología rectal junto con escalas clínicas mejora la estratificación y el tratamiento personalizado.

**Financiamiento:** Ninguno.

## Dom026

### CONCORDANCIA ENTRE LA IMPEDANCIA BASAL NOCTURNA ESOFÁGICA Y LA IMPEDANCIA DEL SEGMENTO CONTRÁCTIL DISTAL EN LA EVALUACIÓN DE LA ERGE

S. P. Mendivil-Sáenz, L. Bolio-Lavalle, K. D. González-Gómez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La impedancia basal nocturna esofágica (IBN) es un marcador indirecto de la integridad de la mucosa esofágica, evaluado durante la noche mediante monitoreo de pH-impedancia esofágica multicanal (MII-pH). Se ha propuesto como un parámetro útil para distinguir entre pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) y aquéllos con síntomas funcionales, en especial los que se encuentran en la zona gris. En fecha reciente se ha propuesto que la impedancia del segmento contráctil esofágico distal (ISCED) medida mediante manometría esofágica de alta resolución (MEAR) también podría identificar a pacientes con ERGE. Sin embargo, la concordancia entre estos dos métodos se desconoce.

**Objetivo:** Evaluar la concordancia entre la impedancia basal nocturna esofágica, obtenida mediante monitoreo de pH-impedancia esofágica multicanal, y la impedancia del segmento contráctil esofágico distal, medida por manometría esofágica de alta resolución, en pacientes con sospecha de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo con inclusión de todos los pacientes referidos a esta institución para la realización de MEAR con impedancia (Diversatek) y sometidos también a MII-pH de 24 h (Diversatek). La IBN se calculó de acuerdo con la metodología convencional y la ISCED con la medición obtenida durante la realización de la MEAR en el segmento a 3 cm de la unión esofagogastrica (UEG). Se realizaron estadística descriptiva y análisis comparativo y se calcularon coeficientes de correlación entre los dos métodos para la detección de la impedancia esofágica.

**Resultados:** Se ha incluido a un total de 24 pacientes (73% de mujeres, con edad promedio de  $68,8 \pm 11,06$  años). Diecisésis pacientes se evaluaron por síntomas típicos de ERGE. De acuerdo con la pH-metría, 12 pacientes tuvieron ERGE con exposición esofágica al ácido anormal de acuerdo con los criterios de Lyon 2.0. La ISCED registró valores promedio menores que la IBN (897,47 vs. 1577,69). La correlación entre IBN y ISCED fue positiva moderada ( $r = 0,51$ ,  $p = 0,012$ ); sin embargo, la IBN tuvo una mejor correlación negativa para el porcentaje de pH < 4 ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,001$ ). Al evaluar sólo a los pacientes con ERGE patológico, estas correlaciones no cambiaron (Figura 1).

**Conclusiones:** Los resultados indican que, si bien la ISCED ofrece una evaluación rápida, simultánea y menos invasiva de la integridad esofágica, y podría tener valor complementario, la IBN es todavía un marcador más robusto de daño mucoso y exposición ácida en pacientes con sospecha de ERGE, en particular en aquéllos dentro de la zona diagnóstica gris.

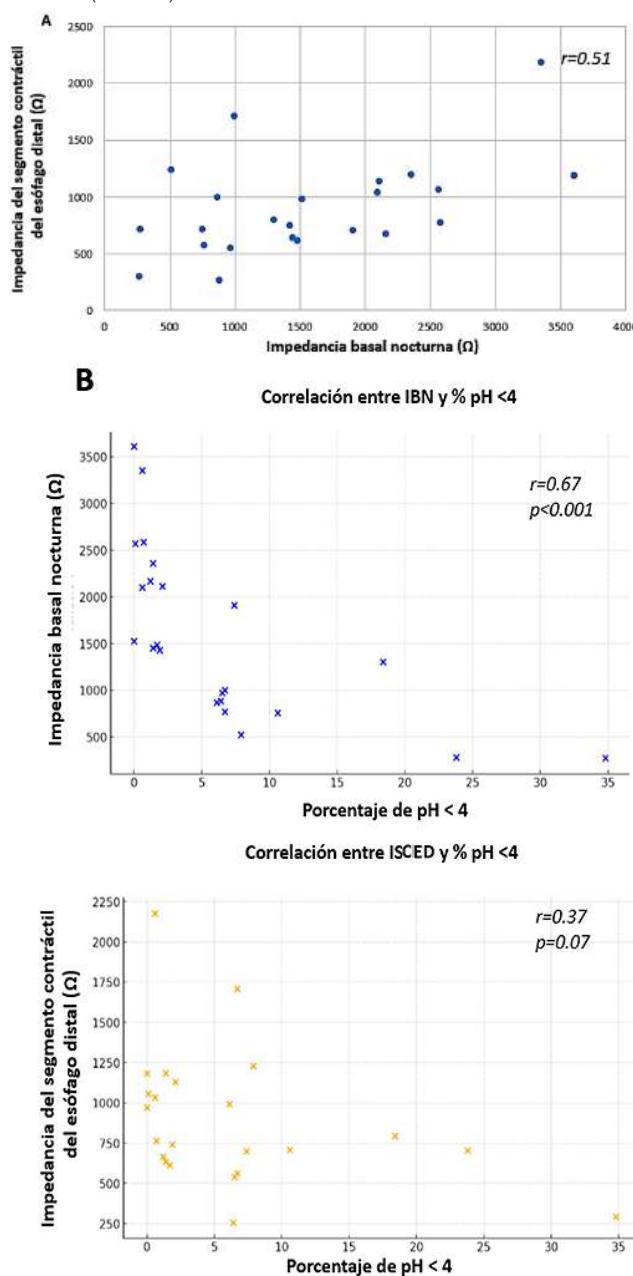
**Financiamiento:** No se contó con financiamiento.

## Dom027

### COMPARACIÓN ENTRE UN DIARIO ELECTRÓNICO Y UN DIARIO FÍSICO PARA EL REGISTRO DE EVACUACIONES EN PACIENTES CON ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

D. I. Carmona-Guerrero, M. F. García-Cedillo, C. I. Zubía-Nevárez, M. Herrera-Sato, A. D. Carmona-Quirós, J. S. Arenas-Martínez, E. Coss-Adame, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Motilidad Gastrointestinal, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

**Figura 1.** (A) La correlación entre IBN y ISCED fue positiva. (B) La IBN mostró una mejor correlación negativa para el porcentaje de pH < 4 en comparación el ISCED. (Dom026)



**Introducción:** El estreñimiento funcional modifica negativamente la calidad de vida y su evaluación clínica depende en gran medida del autorreporte de síntomas. Por lo regular, éstos se registran en diarios físicos, los cuales tienen algunas limitaciones, como baja adherencia, pérdida de datos y sesgo de memoria. Los diarios electrónicos, accesibles mediante dispositivos móviles, representan una alternativa moderna con capacidad de mejorar la calidad del registro y la experiencia del paciente. Sin embargo, existe escasa evidencia comparativa entre ambas modalidades y no se han evaluado estudios que determinen cuál diario es más adecuado desde la perspectiva del clínico en términos de completitud y congruencia del llenado.

**Objetivo:** Comparar la calidad del registro del hábito intestinal y la experiencia del paciente entre un diario físico y uno electrónico.

**Material y métodos:** Se incluyó a adultos con estreñimiento funcional diagnosticado con criterios de Roma IV, atendidos en un centro de tercer nivel. Se incorporó a un grupo control de sujetos sanos. Los participantes fueron invitados durante los estudios de manometría anorrectal o sesiones de tratamiento

de biorretroalimentación, tras firmar un consentimiento informado. El estudio duró cinco semanas, con tres visitas presenciales y dos fases de recolección de datos bajo un diseño cruzado con periodo de lavado. Cada participante se asignó aleatoriamente al orden de uso del diario (físico o electrónico). En la primera visita se explicó el estudio, se resolvieron dudas y se capacitó al paciente sobre el diario asignado. En la segunda visita se recolectó el primer diario, se evaluó su llenado y se aplicó una encuesta. Luego se realizó un periodo libre sin registro. En la tercera visita se entregó el segundo diario, se evaluó nuevamente el llenado y se aplicó una encuesta comparativa entre ambos formatos. Las variables categóricas se describieron con frecuencias y porcentajes, y se comparó entre grupos (sanos y enfermos) mediante ji cuadrada o prueba exacta de Fisher. Las variables continuas se resumieron con medianas y rangos intercuartílicos, y se compararon mediante la prueba U de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se analizó a 36 participantes (mediana de edad: 34 años; 75% de mujeres). El grupo con estreñimiento fue mayor en edad que el grupo sano (47 vs. 23 años,  $p < 0,001$ ), sin diferencia en sexo ( $p = 0,12$ ). En el

grupo sano, la consistencia fecal (escala de Bristol) difirió entre diarios ( $p = 0,05$ ), sin diferencias en número de evacuaciones, tiempo en el baño, pujo, evacuación incompleta, maniobras digitales, evacuaciones inducidas, gas o distensión. Entre grupos, los pacientes con estreñimiento presentaron heces más duras (Bristol 2,6 vs. 4;  $p < 0,001$ ) y mayor tiempo en el baño (8,6 vs. 6,1 min;  $p < 0,001$ ), independientemente del diario. En cuanto a su uso, 72,2% consideró más fácil el electrónico; 77,8% no señaló dificultad para registrar en ninguno de los diarios; 66,7% consideró ambos diarios claros; 44,4% refirió mayor dificultad con el físico; y 75% prefirió y recomendaría el electrónico. Aunque no significativa ( $p = 1,0$ ), una mayor proporción del grupo con estreñimiento prefirió llevar el control del padecimiento con el diario electrónico (72,2% vs. 11,1%). El grupo sano completó en mayor proporción ambos diarios, mientras que los pacientes con estreñimiento completaron más el físico, sin diferencia significativa ( $\chi^2 = 2,78$ ,  $p = 0,24$ ). Véase la Tabla 1.

**Conclusiones:** Ambos grupos prefirieron el diario electrónico por su facilidad de uso. La calidad del registro (llenado  $\geq 80\%$ ) fue comparable entre formatos, lo que sugiere que tanto el diario físico como el electrónico son útiles

**Tabla 1.** Resultados del uso del diario electrónico y físico para el registro de evacuaciones en pacientes con estreñimiento funcional y controles sanos. (Dom027)

Variable	Total (n = 36)	Sanos (n = 18)	Enfermos (n = 18)	p
Sexo (mujeres %)	27 (75)	11 (61,1)	16 (88,9)	0,12
Edad (años)	34 (23-55)	23 (22-34,5)	47 (34-57,7)	< 0,001
<b>Facilidad de uso 1,00</b>				
Ambos	9 (25,0)	5 (27,8)	4 (22,2)	
Electrónico	26 (72,2)	13 (72,2)	13 (72,2)	
Físico	1 (2,8)	0 (0)	1 (5,6)	
<b>Dificultad para ingresar datos 0,73</b>				
Ninguno	28 (77,8)	15 (83,3)	13 (72,2)	
Electrónico	3 (8,3)	1 (5,6)	2 (11,1)	
Físico	5 (13,9)	2 (11,1)	3 (16,7)	
<b>Más rápido de usar 1,00</b>				
Ambos	30 (55,6)	10 (55,6)	10 (55,6)	
Electrónico	16 (44,4)	8 (44,4)	8 (44,4)	
<b>Claro/fácil de entender 0,88</b>				
Ambos	24 (66,7)	13 (72,2)	11 (61,1)	
Electrónico	6 (16,7)	3 (16,7)	3 (16,7)	
Físico	6 (16,7)	2 (11,1)	4 (22,2)	
<b>Difícil de usar 0,66</b>				
Ninguno	10 (27,8)	5 (27,8)	5 (27,8)	
Ambos	5 (13,9)	3 (16,7)	2 (11,1)	
Electrónico	5 (13,9)	1 (5,6)	4 (22,2)	
Físico	16 (44,4)	9 (50)	7 (38,9)	
<b>Sugerencia de cambio de diseño 0,69</b>				
Ninguno	28 (77,8)	15 (83,3)	13 (72,2)	
Electrónico	8 (22,2)	3 (16,7)	5 (27,8)	
<b>Preferible para llevar el control del padecimiento 1,00</b>				
Ambos	3 (16,7)	0 (0)	3 (16,7)	
Electrónico	13 (72,2)	0 (0)	13 (72,2)	
Físico	2 (11,1)	0 (0)	2 (11,1)	
<b>Preferencia de uso 0,53</b>				
Ambos	7 (19,4)	4 (22,2)	3 (16,7)	
Electrónico	27 (75)	14 (77,8)	13 (72,2)	
Físico	2 (5,6)	0 (0)	2 (11,1)	
<b>Recomendación de diario 0,44</b>				
Ambos	27 (75)	15 (83,3)	12 (66,7)	
Electrónico	8 (22,2)	3 (16,7)	5 (27,8)	
Físico	1 (2,8)	0 (0)	1 (5,6)	
<b>Diario completado &gt; 80% 0,24</b>				
Ambos	17 (47,2)	11 (64,7)	6 (35,3)	
Electrónico	8 (22,2)	3 (17,5)	5 (26,3)	
Físico	11 (30,5)	4 (36,4)	7 (63,6)	

Estudio transversal con diseño cruzado: comparación entre diario físico y electrónico en pacientes con estreñimiento funcional (CIE-10: K59.0) respecto del grupo control sano.

para documentar el hábito intestinal en la práctica clínica. Sin embargo, se requieren estudios con mayor número de pacientes y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno para este trabajo.

## Dom028

### PREVALENCIA Y PERFIL CLÍNICO DE LA HIPOSENSIBILIDAD: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO BASADO EN LA CLASIFICACIÓN DE LONDRES

K. R. García-Zermeño, R. A. Jiménez-Castillo, F. A. Félix-Téllez, H. R. Ordaz-Álvarez, F. D. García-García, M. Amieva-Balmori, J. M. Remes-Troche, Grupo Colaborativo: Laboratorio de Fisiología Digestiva y Motilidad Intestinal, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** La sensibilidad rectal es fundamental para una evacuación voluntaria eficaz, al permitir tanto la activación del RRAI como la percepción de urgencia. Su disminución puede acompañarse de síntomas como pujo, evacuación incompleta, tenesmo o ausencia de urgencia. Sin embargo, la hiposensibilidad rectal se ha caracterizado poco debido a la falta de criterios uniformes. La Clasificación de Londres ha contribuido al establecer puntos de corte objetivos para su diagnóstico. Aún se desconoce la relevancia clínica de los pacientes con alteración aislada de un umbral sensorial, quienes podrían representar un fenotipo intermedio no estudiado.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia y perfil clínico de la hiposensibilidad rectal, así como su relación con síntomas defecatorios en una cohorte multicéntrica, con uso de la Clasificación de Londres. Se analiza además el valor clínico de la hiposensibilidad límitrofe como posible fenotipo intermedio.

**Material y métodos:** Estudio transversal multicéntrico en adultos con síntomas defecatorios evaluados con manometría anorrectal y medición de umbrales sensoriales rectales. Según la Clasificación de Londres, se definieron tres grupos: hiposensibilidad ( $\geq 2$  umbrales elevados), hiposensibilidad límitrofe (1 umbral elevado) y sensibilidad normal (todos normales). Se analizó la relación entre perfiles sensoriales y síntomas defecatorios mediante pruebas estadísticas apropiadas.

**Resultados:** Se analizó a 1 341 pacientes remitidos por síntomas defecatorios. La media de edad fue de 54,3 años, con predominio femenino (84,3%). De acuerdo con el motivo de referencia registrado, los pacientes se distribuyeron como sigue:

- Estreñimiento crónico (EC): 503 pacientes (37,5%).
- Incontinencia fecal (IF): 482 pacientes (35,9%).
- Coexistencia EC/IF: 220 pacientes (16,4%).

•Otros síntomas (urgencia, dolor, sangrado, etc.): 136 pacientes (10,1%).

Según la Clasificación de Londres, los pacientes se agruparon como se indica en la Tabla 1: De acuerdo con la clasificación por sensibilidad rectal:

•Hiposensibilidad rectal ( $\geq 2$  umbrales sensoriales elevados): 42 pacientes (3,1%). •Hiposensibilidad límitrofe (1 umbral sensorial elevado): 73 pacientes (5,4%). •Sensibilidad normal (todos los umbrales dentro de sus límites): 1 226 pacientes (91,4%). La distribución de hiposensibilidad de acuerdo con el motivo de referencia fue la siguiente: la hiposensibilidad rectal fue más frecuente en los pacientes referidos por EC y por coexistencia EC/IF, en comparación con aquéllos referidos exclusivamente por IF, con diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,005$ ). La comparación de síntomas defecatorios mostró lo siguiente:

Los pacientes con hiposensibilidad rectal reportaron mayor intensidad de pujo, sensación de evacuación incompleta y menor urgencia fecal. El grupo límitrofe mostró un perfil sintomático intermedio. Estos hallazgos se observaron con mayor claridad en pacientes referidos por estreñimiento o síntomas mixtos.

**Conclusiones:** Este análisis confirma que la hiposensibilidad rectal, definida de manera objetiva, es más prevalente en pacientes con síntomas evacuatorios y se relaciona con mayor intensidad sintomática. Se identifica por primera vez un grupo intermedio (hiposensibilidad límitrofe) con características clínicas distintas, lo que podría tener implicaciones terapéuticas. Las fortalezas del estudio incluyen su carácter multicéntrico y el uso de criterios estandarizados; entre las limitaciones, la falta de seguimiento longitudinal. La hiposensibilidad rectal es más prevalente en pacientes con estreñimiento y se acompaña de mayor intensidad sintomática. La hiposensibilidad límitrofe podría representar un fenotipo en evolución. La Clasificación de Londres permite una mejor estratificación fisiopatológica. Su uso sistemático puede guiar decisiones terapéuticas personalizadas en trastornos defecatorios.

**Financiamiento:** Ninguno.

Tabla 1. Agrupación de los pacientes según la Clasificación de Londres. (Dom028)

	Total de pacientes	Hiposensibilidad	Hiposensibilidad límitrofe	Sensibilidad normal
EC	503	4,2%	7,2%	88,7%
IF	482	1,7%	5,2%	93,2%
EC/IF	220	5%	5%	90%
Otro	136	1,5%	0,7%	97,8%

## Dom029

### MANEJO CLÍNICO DE ERGE Y DISPEPSIA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿ESTAMOS PREPARADOS?

M. M. Pérez-Guzmán, E. L. Núñez-Jiménez, A. A. Ceballos-Carrasco, A. F. Félix-Téllez, J. L. Vargas-Basurto, Z. P. Álvarez-Tiburcio, M. Suárez-Fernández, H. R. Ordaz-Álvarez, J. M. Remes-Troche, Instituto de Investigaciones Médico-Biológicas, Universidad Veracruzana

**Introducción:** Las enfermedades gastrointestinales constituyen una de las principales causas de consulta en el primer nivel de atención médica en México, no sólo por su alta prevalencia, sino también por su efecto en la calidad de vida del paciente y en la carga económica para el sistema de salud. Muchos de estos padecimientos, como la dispepsia funcional y el reflujo gastroesofágico, requieren un diagnóstico clínico preciso y un abordaje terapéutico adecuado desde la atención primaria para evitar retrasos diagnósticos, estudios innecesarios y sobreutilización de recursos especializados. Sin embargo, se ha documentado que persisten brechas notables en el conocimiento y atención de estos trastornos por parte del médico general, lo que puede derivar en tratamientos inadecuados, prescripción empírica prolongada y derivaciones no justificadas.

**Objetivo:** Evaluar la capacidad diagnóstica y el abordaje de los médicos generales en tópicos selectos de gastroenterología a través de un cuestionario con casos clínicos.

**Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio observacional, transversal y descriptivo orientado a evaluar la capacidad diagnóstica y el abordaje de médicos generales antes de un curso de capacitación sobre enfermedades funcionales digestivas. El instrumento consistió en un cuestionario físico con seis casos clínicos. Cada uno ofrecía cinco opciones diagnósticas y siete opciones de abordaje terapéutico, lo que permitió valorar el grado de conocimiento y la toma de decisiones de los participantes. Los casos presentados incluyeron diferentes escenarios clínicos: enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) no erosivo, ERGE erosiva y ERGE con manifestaciones extraesofágicas. Asimismo, se incluyeron casos de dispepsia con distres posprandial, dispepsia con dolor epigástrico y un caso de dispepsia con datos de alarma, con la finalidad de identificar la capacidad de diagnosticar con base en los síntomas y establecer un abordaje adecuado. Las variables cuantitativas se expresaron con media y desviación estándar y las cualitativas con frecuencias absolutas y porcentajes. El análisis se realizó con SPSS, versión 26.

**Resultados:** Se evaluó a 115 médicos generales (edad media  $51,9 \pm 13,1$  años; 80,9% del sector privado). Los mayores aciertos diagnósticos se observaron en la ERGE no erosiva (83,5%) y la ERGE con manifestaciones extraesofágicas (85,2%) (Tabla 1). El reconocimiento de dispepsia funcional fue bajo (48,7% para plenitud posprandial y 30,4% para dolor epigástrico), y sólo el 4,3% identificó correctamente dispepsia con datos de alarma. El abordaje terapéutico fue adecuado en ERGE (uso de IBP y endoscopia), pero subóptimo en dispepsia, con bajo uso de pruebas diagnósticas dirigidas como antígeno en heces o pH-metría.

**Conclusiones:** Se identificaron deficiencias relevantes en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades gastrointestinales funcionales por parte de médicos generales, especialmente en el abordaje de la dispepsia. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer la educación médica continua en gastroenterología en el primer nivel de atención, al incorporar herramientas prácticas como casos clínicos estructurados para mejorar la toma de decisiones y el uso racional de recursos diagnósticos.

**Financiamiento:** No se recibió financiamiento alguno.

**Tabla 1.** Sospechas diagnósticas y abordajes iniciales más prevalentes señalados por médicos generales. Los datos se expresan como frecuencia y porcentaje. (Dom029)

Caso clínico	Sospecha diagnóstica	Médicos generales (n = 115)	Abordaje inicial	Médicos generales (n = 115)
C1. ERGE no erosiva	ERGE	96 (83,5%)	Prueba con IBP	69 (60,0%)
	Dispepsia	15 (13,0%)	Endoscopia	28 (24,3%)
C2. ERGE erosiva	ERGE	68 (59,1%)	Endoscopia	53 (46,1%)
	Dispepsia	25 (19,1%)	Prueba con IBP	18 (15,7%)
C3. ERGE con manifestaciones extraesofágicas	ERGE	98 (85,2%)	Endoscopia	35 (30,4%)
	Dispepsia	7 (6,1%)	Prueba con IBP	25 (21,7%)
C4. Dispepsia con distrés posprandial	Dispepsia	56 (48,7%)	Prueba con IBP	34 (29,6%)
	SII	43 (37,4%)	Otra	37 (32,2%)
C5. Dispepsia con dolor epigástrico	Dispepsia	35 (30,4%)	Prueba con IBP	45 (39,1%)
	ERGE	33 (28,7%)	Endoscopia	25 (21,7%)
C6. Dispepsia con datos de alarma	Cáncer gástrico	67 (58,3%)	Endoscopia	83 (72,2%)
	Dispepsia	5 (4,3%)	Otra	8 (7,0%)
	Ninguna de las anteriores	31 (27,0%)	—	—

IBP, inhibidor de la bomba de protones; SII, síndrome de intestino irritable.