



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TÍTULO DE MÉDICO

**Diagnóstico de Helicobacter Pylori por endoscopía digestiva alta en pacientes
atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el año 2011**

TRABAJO DE TITULACIÓN.

AUTORA: Carpio Gálvez, Celso Dostoyeuski

DIRECTORA: Gavilanes Cueva, Yadira Patricia, Dra

LOJA - ECUADOR

2017



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2017

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Doctora.

Yadira Patricia Gavilanes Cueva

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

Que el presente trabajo denominado: Diagnóstico de Helicobacter Pylori por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el año 2011, realizado por: Carpio Gálvez Celso Dostoyeuski, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre de 2017

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Carpio Gálvez Celso Dostoyeuski, declaro ser autor del presente trabajo de titulación: Diagnóstico de Helicobacter Pylori por endoscopía digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el año 2011, de la Titulación de medicina, siendo Gavilanes Cueva Yadira Patricia director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además, certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

f.

Autor: Carpio Gálvez Celso Dostoyeuski
Cédula: 1104532575

DEDICATORIA

A mis padres, Celso y Piedad

A mi hermano Pierre

A mi abuelito Manuel

A mis amigos y compañeros

Carpio Gálvez Celso Dostoyeuski

AGRADECIMIENTO

Primeramente, quiero agradecer a Dios por bendecirme con mi familia la cual ha sido el milagro más grande en mi vida por siempre estar a mi lado y brindarme mi educación.

A mis padres, por su incondicional amor y apoyo que siempre me permitió seguir adelante y gracias a su sacrificio poder culminar todas las metas de mi vida que siempre ha sido dedicado a ellos por su ejemplo único y permanente.

A mi abuelito por ser mi mentor en la vida y brindarme siempre su amor incondicional desde siempre.

A mi padre, por todo su esfuerzo para brindarme siempre lo que necesito y nunca defraudarse de mí y confiar en mí.

A mi madre, por ser siempre mi mayor compañía en todos los momentos de mi vida y por ser mi fan número uno a pesar de todas mis equivocaciones y no perder su preocupación por mí.

A mi hermano, que también ha sido mi ejemplo y dado apoyo y ayuda siempre que la necesito.

Celso Dostoyeuski Carpio Gálvez

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS.....	5
CAPÍTULO I	6
MARCO TEÓRICO	7
1.1 Helicobacter Pylori	7
1.2 Epidemiología del Helicobacter Pylori	7
1.3 Relación entre gastritis y úlcera péptica con Helicobacter Pylori	9
1.4 Diagnóstico de Helicobacter Pylori	11
1.5 Protocolo de Tratamiento para Helicobacter pylori.....	12
CAPÍTULO II	14
DISEÑO METODOLÓGICO	15
2.1 Universo	15
2.2 Muestra	15
2.3 Operacionalización de variables	15
2.4 Método e instrumentos de recolección de datos.....	17
2.5 Procedimiento.....	17
2.6 Plan de tabulación y análisis.....	18
CAPÍTULO III	19
RESULTADOS	20

3.1 Distribución de pacientes atendidos con diagnóstico de <i>Helicobacter pylori</i> a través de endoscopia digestiva alta según grupo etario durante el año 2011	20
3.2 Tabla 2 Distribución de pacientes atendidos con diagnóstico de <i>Helicobacter pylori</i> a través de endoscopia digestiva alta según el género durante el año 2011	21
3.3 Tabla 3 Distribución de pacientes atendidos con diagnóstico de <i>Helicobacter pylori</i> a través de endoscopia digestiva alta según la ocupación durante el año	22
3.4 Tabla 4: Distribución de pacientes atendidos con diagnóstico de <i>Helicobacter pylori</i> a través de endoscopia digestiva alta según protocolo de tratamiento aplicado durante el año 2011.....	23
DISCUSIÓN	25
CONCLUSIONES.....	28
RECOMENDACIONES	29
BIBLIOGRAFÍA	30
ANEXOS	33
4.1 Anexo 1 Proceso de recolección de datos.....	34
4.2 Anexo 2 Ficha de recolección de datos	35
4.3 Anexo 3 Oficio dirigido al director del Hospital Básico N° 7	36

RESUMEN

La infección por *Helicobacter pylori* se ha demostrado a nivel global en individuos de todas las edades. En América del Sur su incidencia supera el 70% y en Ecuador alcanza hasta el 80%.

Se desarrolló un estudio descriptivo de tipo puzzle, cuantitativo de corte transversal.

El universo estuvo constituido por 45 pacientes que fueron atendidos en el año 2011 en el servicio de gastroenterología y el tamaño muestral fue de 30 pacientes.

Se obtuvo que existe una alta incidencia por infección de *Helicobacter pylori* en militares en servicio pasivo masculinos a partir de la cuarta década de la vida y que existe estrecha relación entre *Helicobacter pylori* y gastritis. Además, que la primera línea de tratamiento fue la más usada para tratar estos casos.

PALABRAS CLAVE: *Helicobacter pylori*, gastritis, endoscopia.

ABSTRACT

Helicobacter pylori infection has been shown globally in individuals of all ages. In South America the incidence exceeds 70% and in Ecuador reaches 80%.

A quantitative, descriptive puzzle type, cross-sectional study, quantitative cross-sectional cut was developed.

The universe consisted of 45 patients who were treated in 2011 in the department of gastroenterology and the sample size was 30 patients.

It was found that there is a high incidence of Helicobacter pylori infection in male military service liability from the fourth decade of life and that there is close relationship between Helicobacter pylori and gastritis. In addition, the first line of treatment was the most commonly used to treat these cases.

KEYWORDS: Helicobacter pylori, gastritis, endoscopy.

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de titulación consiste en Diagnóstico de *Helicobacter Pylori* por endoscopía digestiva alta y su relación con gastritis y úlcera péptica, en pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el año 2011.

En los estudios realizados sobre gastritis en 1975, se produjo el importante descubrimiento de una bacteria Gram-negativa en el estómago humano a la que posteriormente con los estudios biomoleculares se denominó *Helicobacter pylori* (Crowe S. E., Uptodate, 2013). El cual coloniza el estómago de aproximadamente la mitad de la población mundial. Esta infección adquirida en la infancia, tiene la capacidad de persistir durante décadas. (Serrano, 2012)

La frecuencia de la infección en países desarrollados oscila entre el 20-40 %, mientras que en países en vías de desarrollo presentan frecuencias entre el 70 y 90 %. (Capote, 2014). *Helicobacter pylori* es una bacteria Gram-negativa en forma de espiral que mide aproximadamente 3,5 micras de longitud y 0,5 micras de ancho. Formando colonias pequeñas translúcidas de tamaño uniforme lo cual permite que estos organismos puedan ser morfológicamente caracterizados a través de tinción de Gram, observando su apariencia típica en forma de espiral o en forma de varilla. (Crowe S. E., Uptodate, 2013)

La prevalencia actual de personas infectadas por *Helicobacter pylori* se estima entre el 10 y el 20 % de la población en general, con marcadas variaciones regionales y étnicas. El sexo masculino resulta más afectado que el femenino, aunque en los últimos años se ha incrementado la frecuencia de aparición de úlceras gástricas en mujeres, con la aparición de úlceras duodenales en edades más tempranas, con una mayor frecuencia de alrededor de los 45 años, con localizaciones más frecuentes en la región antral para las úlceras gástricas, y el bulbo en el caso de las úlceras duodenales; siendo el dolor es el síntoma más frecuente de la enfermedad ulcerosa péptica (6-10). (Anovega, Caracterización de úlcera gástricas y duodenales, 2014)

La edad, etnia, género, geografía y estatus socioeconómico son todos factores que influyen en la incidencia y prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori*. Las principales razones para la variación comprenden las diferencias socioeconómicas existentes entre las poblaciones. La

transmisión de *Helicobacter pylori* es fundamentalmente por las vías oral-oral o fecal-oral. (Hunt, 2010)

La infección primaria del estómago causada por *Helicobacter pylori* es la gastritis. La variedad más frecuente en pacientes con gastritis activa es *Helicobacter pylori*. Un pequeño número de casos de gastritis crónica se asocia con *Helicobacter heilmannii*. (Sepúlveda, Medscape, 2014)

Helicobacter pylori asociada a gastritis, en una etapa temprana de la infección va a predominar en el antro y solo existe un mínimo compromiso del cuerpo gástrico.

Esta etapa se asocia con la liberación elevada de gastrina y reducción de la liberación de la somatostatina, precipitando un aumento en la secreción de ácido, lo suficiente para causar úlceras duodenales en algunos pacientes. (Jensen, Uptodate, 2013)

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* y de sus consecuencias anatomopatológica (fundamentalmente gastritis crónica y atrofia gástrica) se basa en la toma de biopsias gástricas. La obtención de estas biopsias, no obstante, está sometida al error de muestreo, pues tanto la distribución del microorganismo como la de las lesiones mucosas no es difusa, sino parcheada y heterogénea. La técnica endoscópica del narrow-band imaging (NBI) permite visualizar y clasificar los diferentes patrones mucosos y vasculares, estimando durante la propia exploración endoscópica la existencia de lesiones histológicas. (Gilbert, Enfermedades relacionadas con *Helicobacter pylori*: Dispepsia, úlcera y cáncer gástrico, 2015)

Con respecto al tratamiento «concomitante», una revisión sistemática de la literatura médica incluyendo los estudios que habían administrado IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol de forma concomitante en lugar de secuencialmente ha demostrado que con tan solo 5 días de tratamiento (la mitad de los que precisa la terapia cuádruple «secuencial») se puede lograr una tasa de erradicación del 90%. (Gilbert, Gastroenterología y Hepatología, 2013)

Por lo antes expuesto esta investigación es de gran importancia ya que contribuirá a conocer el comportamiento de esta infección en la ciudad de Loja y servirá de precedente a futuras investigaciones y también a comprender que es importante realizar actividades de promoción y prevención de salud para evitarlas.

Por ser la infección por *Helicobacter pylori* muy frecuente dentro de nuestro medio se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Cuáles son las características sociodemográficas en

los pacientes?; Segundo: ¿Existe relación entre la infección de H. pylori y la gastritis y úlcera péptica y que tratamiento es el más empleado?

Siendo el Objetivo General de esta investigación:

-Determinar la presencia de Helicobacter Pylori y su relación con la gastritis y úlcera péptica, diagnosticados a través de endoscopia digestiva alta durante el año 2011.

Como objetivos específicos:

-Caracterizar socio-demográficamente a los pacientes positivos para Helicobacter Pylori mediante variables sociodemográficas de edad, género y ocupación.

-Identificar si existe relación entre la infección por Helicobacter Pylori y patologías como gastritis y úlcera péptica.

-Identificar el tratamiento empleado para pacientes con infección por Helicobacter pylori.

Para lo cual existió la facilidad por parte de los directivos del Hospital Básico N° 7 Loja, al concedernos el permiso pertinente para acceder a las historias clínicas de los pacientes atendidos durante el año 2011.

El principal inconveniente presentado en el momento de la recolección de la información fue encontrar historias clínicas con llenado incompleto y no constaba la información requerida para el desarrollo de la presente investigación por ejemplo no se reportaba el resultado ni copia del informe histopatológico en las carpetas de los pacientes y no se especificaba el tratamiento.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 HELICOBACTER PYLORI

El *Helicobacter pylori* es uno de los factores etiológicos de mayor relación con patologías gástricas, debido a que produce alteraciones en la mucosa digestiva desde inflamación a gastritis superficial, gastritis crónica atrófica, metaplasia intestinal, displasia y por último carcinoma gástrico o duodenal. (Ernst, Peura, & Crowe, 2006)

Es una bacteria gram negativa en forma de espiral, micro- aerofílico, que mide aproximadamente 3,5 micras de longitud y 0,5 micras de ancho.

In vitro, es un organismo de crecimiento lento que pueden ser cultivadas en agar sangre o medios selectivos, tales como Skirrow, incubadas a 37 ° C en una atmósfera de oxígeno 5 por ciento para tres a siete días. Forman colonias pequeñas, de tamaño uniforme, translúcidas; morfológicamente se pueden identificar por tinción de Gram, presentando su apariencia típica en espiral o en forma de varilla.

La microscopía de alta potencia revela que el organismo tiene de seis a cincuenta y ocho flagelos unipolares envainados que mejoran su movilidad a través de soluciones viscosas.

Si el entorno de crecimiento no es óptimo, el microorganismo adquiere una forma cocoide. Se cree que al adquirir esta forma presenta una mejor adaptación a un entorno hostil; que parecen ser más resistentes y pueden permitir al organismo sobrevivir fuera del huésped humano como en las heces o en el agua potable por algún tiempo.

Además de la caracterización morfológica, el organismo puede ser caracterizado bioquímicamente como catalasa, oxidasa y ureasa positivas. La ureasa parece ser vital para su supervivencia y la colonización; que se produce en abundancia, lo que representa más del 5 por ciento del peso total de proteínas del organismo. (Crowe S. E., UptoDate, 2016)

1.2 EPIDEMIOLOGIA DEL HELICOBACTER PYLORI

La frecuencia de infección en países desarrollados oscila entre el 20-40 %, mientras que en países en vías de desarrollo presentan frecuencias entre el 70 y 90 %. (Capote, 2014).

La edad, etnia, género, geografía y estatus socioeconómico son todos factores que influyen en la incidencia y prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori*. Las principales razones para la variación comprenden las diferencias socioeconómicas existentes entre las poblaciones. La transmisión de *Helicobacter pylori* es fundamentalmente por las vías oral-oral o fecal-oral. Entre

los muchos factores que juegan un importante papel en determinar la prevalencia general de la infección se encuentra la falta de una adecuada higiene, agua potable segura, higiene básica, dietas pobres y superpoblación. (Hunt, 2010)

La infección por *Helicobacter pylori* a nivel mundial según datos recogidos de la Organización Mundial de Gastroenterología en México, América Central y del Sur se da en 70-90%, África en 70-90%, Asia en 50-80%, Europa del Este en 70%, Europa Occidental en 30-50%, Estados Unidos y Canadá en 30% y Australia en 20% de la población. (OMG), 2010.

Así mismo, datos recolectados derivados del mismo estudio tomando en cuenta la edad en países de América del Sur demostró que la tasa de incidencia aumento conforme a la edad. (OMG), 2010.

En el Ecuador al igual que en la población mundial, la prevalencia de *H. pylori* es alta; como lo indica un estudio publicado en el Journal of Antimicrobial Chemotherapy (JAC), la prevalencia de infección por la bacteria es del 81%, lo que se ve influenciado por varios factores predisponentes a esta que existen en el país, como el nivel socioeconómico. (Aguirre, 2014). Datos que concuerdan además con un estudio realizado en el Dispensario No. 14 del IESS, ubicado en la zona sur de Quito, que reveló la incidencia de infección por *Helicobacter pylori* es del 80%, cifras también obtenidas en el servicio de gastroenterología del Hospital Carlos Andrade Marín.

En el Ecuador no se cuenta con estudios que evalúen el punto de corte para la edad de realización de endoscopía para tamizaje de *Helicobacter pylori*. (Buitrón, 2013)

En los países en desarrollo, la infección por *Helicobacter pylori*, constituye un problema de salud pública. La alta prevalencia de la infección exige el desarrollo de intervenciones de salud pública. Es probable que la vacunación con una vacuna terapéutica sea la única estrategia que logre determinar una diferencia decisiva en la prevalencia e incidencia a nivel mundial. Sin embargo, siempre y cuando los recursos lo permitan el enfoque a corto plazo sería una estrategia de "diagnosticar y tratar la infección por *Helicobacter pylori*" para aquellos individuos en riesgo de desarrollar úlcera péptica o cáncer gástrico, así como para aquellos con dispepsia problemática.

Afortunadamente, no todos los métodos de manejo para el *Helicobacter pylori* son caros, y con un análisis lógico de las características de la enfermedad en cada país se puede llegar a un plan de tratamiento óptimo. (Hunt, 2010)

1.3 RELACIÓN ENTRE GASTRITIS Y ÚLCERA PÉPTICA CON *HELICOBACTER PYLORI*

Helicobacter pylori, es la infección primaria del estómago que se asocia a gastritis. Las más frecuentes especies de *Helicobacter* que se encuentran en pacientes con gastritis activa es *Helicobacter pylori*. Un pequeño número de casos de gastritis crónica se asocia con *Helicobacter heilmannii*. (Sepúlveda, Medscape, 2014)

Es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica.

Existen entidades cuyas características endoscópicas corresponden a una gastritis por la presencia de eritema o edema de la mucosa, en las que histológicamente hay ausencia del componente inflamatorio, pero si cuentan con daño epitelial o endotelial, acuñándose para estas la denominación de gastropatías. (Roldán, 2011)

La historia natural habitual de gastritis por *Helicobacter pylori*, en una etapa temprana de la infección existe predominio a nivel de antro y sólo con una mínima participación cuerpo gástrico. Esta etapa se asocia con la liberación exagerada de gastrina y reducción de la liberación de la somatostatina, precipitando un aumento en la secreción de ácido, lo suficiente para causar úlceras duodenales en algunos pacientes. (Jensen, Uptodate, 2013)

Los pacientes infectados por *Helicobacter pylori* presentan signos de gastritis crónica que afectan principalmente la zona del antro y pueden extenderse, incluso hacia el cuerpo gástrico en individuos de edad avanzada. (Enedina, 2011). La prevención primaria consiste en la evitación de carcinógenos conocidos (Pasechnikov, 2014).

La respuesta inflamatoria que se observa durante la infección por *Helicobacter pylori*, es una gastritis activa caracterizada por infiltración de leucocitos polimorfo nucleares (PMN) en la

superficie del epitelio. En un porcentaje muy bajo de pacientes esta gastritis evoluciona con los años a una gastritis atrófica, y en forma poco frecuente a un linfoma tipo MALT o un adenocarcinoma gástrico; la infiltración de PMN juega un papel importante en la patogénesis del daño del epitelio, ya que estas células tienen un efecto directo en la citotoxicidad liberando productos como agentes oxidativos (ROI, RNI) y elastasa. (García, 2015)

Una úlcera péptica es una lesión en la mucosa gastrointestinal (estómago o duodeno) que se extiende más allá de la muscularis mucosa y que permanece como consecuencia de la actividad de la secreción ácida del jugo gástrico. (Prados, 2012)

La prevalencia actual se estima entre el 5 y el 10 % de la población general, con marcadas variaciones regionales y raciales. La incidencia anual es de aproximadamente el 1 % entre las personas *Helicobacter pylori* positivas. El sexo masculino resulta más afectado que el femenino, aunque en los últimos años se ha incrementado la frecuencia de aparición de úlceras gástricas en mujeres, con la aparición de úlceras duodenales en edades más tempranas que las gástricas, con un pico alrededor de los 45 años, con localizaciones más frecuentes en la región antral para las gástricas, y el bulbo en el caso de las duodenales; el dolor es el síntoma más frecuente de la enfermedad ulcerosa péptica. (Anovega, Caracterización de úlceras gástricas y duodenales, 2014)

El mecanismo fisiopatológico básico es el desequilibrio entre los factores protectores y agresores de la mucosa gastroduodenal. Los factores protectores son el moco gástrico, la secreción de bicarbonato, las uniones apretadas entre células y la microvasculatura de la submucosa. Los factores agresores son el ácido y la pepsina, por lo que sigue teniendo vigencia el principio de Schwartz: “si no hay ácido, no hay úlcera”. (Garibay, 2011)

La úlcera péptica es la causa más común de hemorragia digestiva alta, y una proporción significativa de las úlceras pépticas son causadas por *Helicobacter pylori*. Guía y líneas recomiendan el diagnóstico y tratamiento de *Helicobacter pylori* en hemorragia digestiva alta secundaria a úlceras péptica, pero la prueba de diagnóstico preferido y el momento óptimo de la prueba (durante el sangrado agudo o después de eso) no está claro. (Lim, 2014)

La erradicación del *Helicobacter pylori* no solo es útil para el tratamiento de la úlcera gástrica/duodenal sino también para el tratamiento y prevención de enfermedades asociadas con este microorganismo, como cáncer gástrico, así como para la disminución de la

propagación de esta infección. Sin embargo, el éxito de estos tratamientos está comprometido por el aumento de la resistencia antimicrobiana exhibida por el *Helicobacter pylori*. (Gómez, 2015)

No podemos dejar de pensar en la posibilidad de que, luego de la cura de la úlcera con la administración del tratamiento médico, esta vuelva a reaparecer por la influencia o persistencia de otros factores que se describen en su etiología, incluso la reinfección por *Helicobacter pylori*. (Acosta, 2013)

Recientemente, el tamaño de la úlcera ha cobrado importancia en la valoración de la intensidad de la hemorragia digestiva y en la predicción del resangrado y la muerte, incluso después del tratamiento hemostático endoscópico. Para algunos expertos, lesiones ulcerosas mayores de 2 cm de diámetro producen erosión vascular en contigüidad y afectan vasos de importante calibre, principalmente las localizadas en la cara posterior del bulbo duodenal (arteria gastroduodenal) y porción proximal de la curvatura menor gástrica (arteria gástrica izquierda); sin embargo, diversos autores, expresan que el sitio del sangrado no se logra identificar en alrededor de 7 % de los pacientes con HDA. (Orozco, 2015)

1.4 DIAGNÓSTICO DE HELICOBACTER PYLORY

El diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori* y de sus consecuencias anatomopatológicas (fundamentalmente gastritis crónica y atrofia gástrica) se basa en la toma de biopsias gástricas.

La obtención de estas biopsias, no obstante, está sometida al error de muestreo, pues tanto la distribución del microorganismo como la de las lesiones mucosas no es difusa, sino parcheada y heterogénea. La técnica endoscópica del narrow-band imaging (NBI) permite visualizar y clasificar los diferentes patrones mucosos y vasculares, estimando durante la propia exploración endoscópica la existencia de lesiones histológicas. (Gisbert J. , 2015)

Las pruebas diagnósticas para detectar la infección por *Helicobacter pylori* se pueden clasificar en aquellas que requieren endoscopia como: Prueba rápida de ureasa (PRU), Histología, Cultivo, Hibridación in situ por fluorescencia (FISH), enfoque molecular con reacción en cadena de polimerasa (PCR); los exámenes que no requieren de endoscopia tenemos: Prueba de

antígenos focales (SAT), Prueba serológica por digito punción, Serología de sangre total, Prueba de aliento con urea marcada con C13 y Prueba de aliento con urea marcada con C14. (Ghetti, 2013)

La biopsia gástrica puede ser útil para hacer el diagnóstico primario de infección por *Helicobacter pylori*. También proporciona información adicional con respecto a la presencia de gastritis, detección de metaplasia intestinal y tejido linfoide asociado a mucosas (MALT). (Crowe S. E., Uptodate, 2015)

1.5 PROTOCOLOS DE TRATAMIENTO PARA *HELICOBACTER PYLORI*

Una semana de tratamiento cuádruple basada en bismuto puede ser suficiente para la terapia inicial, siempre y cuando se da con un inhibidor de la bomba de protones (IBP).

Para los pacientes en los cuales su tratamiento es poco eficaz contra *Helicobacter pylori*, un régimen alternativo se puede utilizar como la terapia triple o, preferiblemente, la terapia cuádruple.

Para los pacientes que fallan dos intentos de tratamiento, el cumplimiento de los medicamentos debe ser reforzado. Cultivo con las pruebas de sensibilidad a los antibióticos se puede hacer para guiar a los tratamientos posteriores. Para la terapia de rescate, a menudo utilizamos levofloxacino (250 mg), amoxicilina (1 g), y un IBP cada uno da dos veces al día durante dos semanas (Crowe S. E., Uptodate, 2013)

La terapia cuádruple clásica (bismuto junto con un IBP, tetraciclina y metronidazol) ha obtenido como tratamiento de primera línea resultados similares a los de la triple terapia tanto en eficacia como en seguridad. No obstante, un reciente ensayo clínico aleatorizado realizado en 39 centros europeos ha comparado la eficacia y la seguridad del tratamiento, durante 10 días, con omeprazol más una cápsula con 3 componentes (subcitrate de bismuto, metronidazol y tetraciclina) conformando la terapia cuádruple, frente a 7 días de omeprazol, amoxicilina y claritromicina (tratamiento estándar). Las tasas de curación «por intención de tratar» fueron del 55% para la terapia triple y del 80% para la cuádruple clásica. Los resultados indican, por tanto, que, aunque la terapia cuádruple podría ser considerada como una opción de primera línea, especialmente en vista de la creciente resistencia a la claritromicina, las tasas de erradicación

no pueden considerarse excelentes. Además, aunque el empleo de una única cápsula que combina el bismuto y los antibióticos permitiría superar parcialmente las desventajas de la complejidad de la administración del tratamiento con bismuto, dicha formulación todavía no está comercializada en España.

La terapia cuádruple «secuencial» consiste en una fase de inducción de 5 días con un tratamiento dual (un IBP y amoxicilina), seguido inmediatamente por una terapia triple durante 5 días (con un IBP, claritromicina y metronidazol). Los resultados iniciales fueron satisfactorios, con tasas de erradicación significativamente superiores a las de la terapia triple. No obstante, cuando existe resistencia doble frente a la claritromicina y el metronidazol la eficacia de la terapia cuádruple «secuencial» disminuye considerablemente. Una revisión sistemática de 25 estudios (2.482 pacientes) evidenció una tasa media de erradicación «por intención de tratar» del 91% con la terapia «secuencial». También confirmó que este tratamiento era más efectivo que el triple clásico: 92 vs. 77%. La OR para esta comparación fue de 3,1 (IC 95%: 2,2-4,3) a favor del tratamiento «secuencial».

Una reciente revisión sistemática y metaanálisis de la colaboración Cochrane en la que se incluyeron los estudios que comparaban la terapia cuádruple «secuencial» frente a la triple terapia clásica identificó 35 ensayos clínicos aleatorizados, con un total de 11.036 pacientes tratados. El análisis global demostró que la terapia cuádruple «secuencial» era significativamente más eficaz que la triple terapia clásica (84 vs. 77%; OR=1,53; IC 95%=1,39-1,68). No obstante, los resultados fueron heterogéneos y 11 estudios no demostraron diferencias significativas entre ambas terapias. Se observó también una menor eficacia en los estudios más recientes. Por otra parte, un primer estudio realizado en nuestro medio mostró una eficacia inferior (84%). Más recientemente, un segundo estudio español ha confirmado estos datos: aunque la terapia cuádruple «secuencial» fue más eficaz que la triple clásica, los resultados fueron subóptimos, con cifras de erradicación de tan solo el 77%.

Con respecto al tratamiento «concomitante», una revisión sistemática de la literatura médica incluyendo los estudios que habían administrado IBP, amoxicilina, claritromicina y metronidazol de forma concomitante en lugar de secuencialmente ha demostrado que con tan solo 5 días de tratamiento (la mitad de los que precisa la terapia cuádruple «secuencial») se puede lograr una tasa de erradicación del 90%. (Gisbert J. , 2013)

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

El presente trabajo de fin de titulación se desarrolló mediante un estudio descriptivo tipo puzzle, cuantitativo de corte transversal. La información se obtuvo de la revisión de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja en el año 2011.

2.1 Universo.

Los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja en el año 2011 en el servicio de gastroenterología. N=45

2.2 Muestra.

El tamaño de la muestra fue de 30 pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, desde el 1°er de enero hasta el 31 de diciembre del año 2011. Los mismos que cumplieron con los siguientes criterios:

a) Criterios de inclusión.

- ✓ Pacientes con diagnóstico de Helicobacter Pylori a través de endoscopia digestiva alta, atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja desde el 1° de enero hasta el 31 de diciembre del año 2011.
- ✓ Pacientes mayores de 20 años.
- ✓ Pacientes que cumplan con los requerimientos anteriores cuya historia clínica se encuentre completa.

b) Criterios de exclusión.

- ✓ Pacientes con diagnóstico previo que se realizan endoscopias digestivas altas de control.
- ✓ Pacientes en quienes no se tomó muestra para estudio histopatológico por cualquier causa.

2.3 Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Edad	Tiempo de existencia desde el nacimiento.... (WordReference.com, 2015)	20- 24 25- 29 30- 34 35- 39 40- 44 45- 49 50- 54 55- 59	Frecuencia y porcentaje
	Condición orgánica	55- 59	

Género	que distingue al macho de la hembra en los seres humanos, los animales y las plantas. (WordReference.com, 2015)	60- 64 >65	
Ocupación	Acción y conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo. (WordReference.com, 2015)	Masculino Femenino -Militar en servicio activo -Militar en servicio pasivo -Profesionales Universitarios -Chofer -Estudiante Universitario -Quehaceres domésticos	Frecuencia y porcentaje. Frecuencia y porcentaje.
Diagnósticos de patologías digestivas secundario a la infección:	Gastritis: Es una enfermedad inflamatoria aguda o crónica de la mucosa gástrica producida por factores exógenos y endógenos que produce síntomas dispépticos atribuibles a la enfermedad y cuya existencia se sospecha clínicamente, se observa endoscópicamente y que requiere confirmación histológica. (Roldán, 2011) Úlcera péptica: Es una lesión en la mucosa gastrointestinal (estómago o duodeno) que se extiende más allá de la muscularis mucosa	Gastritis: (+) Úlcera péptica: (+)	Frecuencia y porcentaje.

	y que permanece como consecuencia de la actividad de la secreción ácida del jugo gástrico. (Prados, 2012)		
Línea de tratamiento empleado según protocolo terapéutico del MSP del Ecuador:	. El tratamiento será el conjunto de los medios de cualquier tipo, higiénicos, farmacológicos, o bien físicos, los cuales tendrán como finalidad primaria la curación o el alivio de enfermedades o algunos síntomas de estas una vez que ya se ha llegado al diagnóstico de la misma. (Definición.de , 2015)	-Terapias de primera línea -Terapias de segunda línea -Terapias de tercera línea	Frecuencia y porcentaje.

2.4 Métodos e instrumentación de recolección de datos.

- a) **Método:** El método empleado para la obtención de los datos, se basó en la revisión documental de historias clínicas. (Anexo1)
- b) **Instrumentos:** Ficha de recolección de datos. (Anexo 2)

2.5 Procedimiento.

El presente proyecto de fin de titulación se desarrolló conjuntamente con la revisión documental de historias clínicas, de aquellos pacientes que cumplieran los criterios de inclusión, lo cual permitió resolver el problema planteado.

Para lo cual se solicitó la debida autorización al director del Hospital Básico N° 7 Loja (Anexo 3), para dar cumplimiento a cada uno de los objetivos planteados. Posterior al permiso del directivo de la entidad de salud mencionada, se realizó la recolección de datos tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente. La elaboración de la base de datos fue manual por parte del investigador en el programa Excel versión 2016. Permitiendo la tabulación y análisis estadístico tanto en frecuencia y porcentaje.

Finalmente se procedió a redactar la tesis de fin de titulación, previas revisiones del tutor asignado.

2.6 Plan de tabulación y análisis.

La recolección de los datos de las historias clínicas se efectuó mediante el uso de la ficha de recolección la cual fue previamente elaborada por el investigador.

Para la creación de la base de datos se utilizó el software Microsoft Office Excel del 2016 (versión 14), en la hoja de cálculo del programa, en cada columna se presentaron las variables en estudio y tabulación que permitió la posterior presentación con gráficos estadísticos para analizar las variables medidas en frecuencia y porcentaje.

CAPITULO III

RESULTADOS

Del presente estudio se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 1: Distribución de pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según el grupo etario durante el año 2011:

Rangos de edad	Frecuencia	%
20-24	3	10
25-29	5	17
30-34	4	13
35-39	1	3
40-44	1	3
45-49	6	20
50-54	2	7
55-59	4	13
60-64	2	7
≥65	2	7
TOTAL	30	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos en el hospital Básico N° 7 Loja durante el año 2011.

Elaboración: El autor

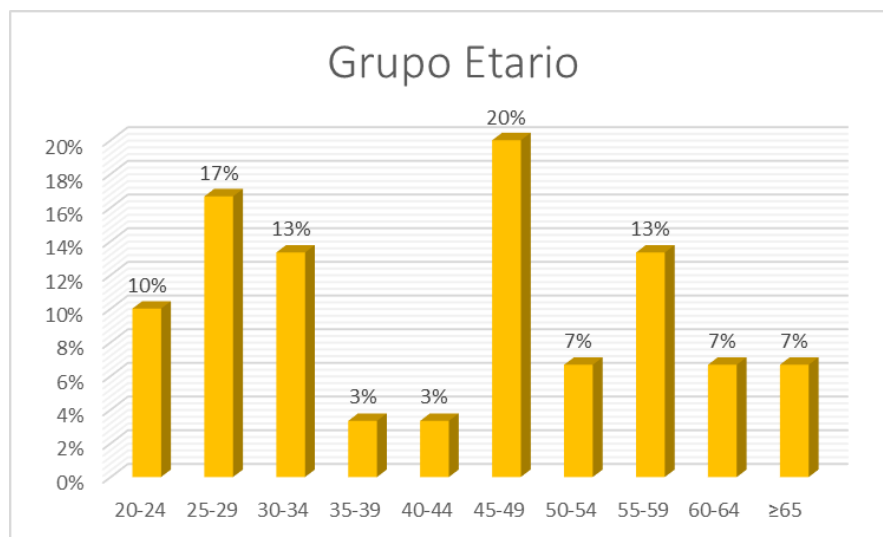


Figura 1: Distribución de pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según la edad durante el año 2011.

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el Hospital Básico N° 7 Loja.

Elaboración: El autor

En cuanto a la edad fueron los pacientes con edades entre 45-49 años alcanzando el 20%, seguido de 25-29 años con un 17%, los grupos entre 30-34 y de 55-59 años con un 13%, y los grupos etarios de menor prevalencia de 35-39 años y 40-44 años con un equivalente al 3%.

Tabla 2: Distribución de pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según el género durante el año 2011:

GÉNERO	N°	%
Masculino	18	60
Femenino	12	40
TOTAL	30	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el Hospital Básico N° 7 Loja.

Elaboración: El autor

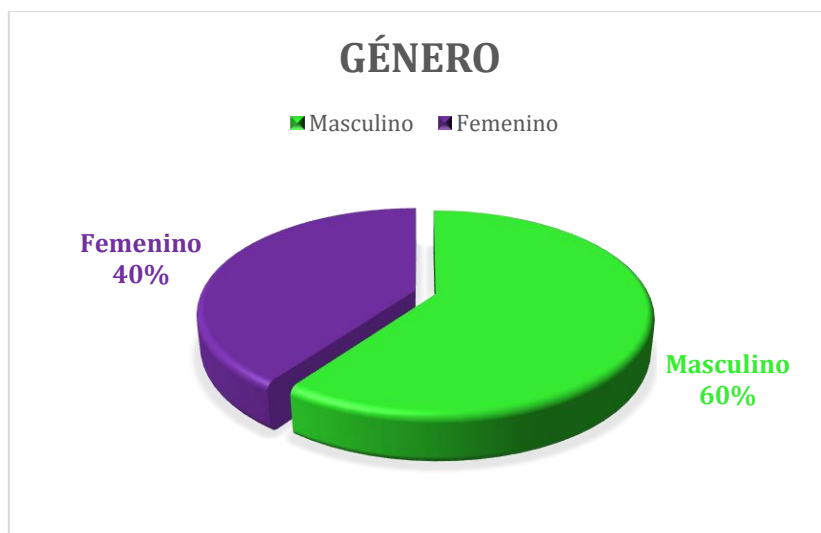


Figura 2: Distribución de pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según sexo durante el año 2011.

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el Hospital Básico N° 7 Loja.

Elaboración: El autor

Analizando la prevalencia de *Helicobacter Pylori* de acuerdo al género, se puede plantear que el género masculino tuvo mayor prevalencia con un 60% mientras que el femenino alcanzó el 40%.

Tabla 3: Distribución de pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según la ocupación durante el año 2011:

OCUPACIÓN	Frecuencia	%
Militar Servicio Activo	6	20
Militar Servicio Pasivo	11	37
Quehaceres Domésticos	5	17
Estudiante universitario	5	17
Carpintero	1	3
Agricultor	1	3
Chofer	1	3
TOTAL	30	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el Hospital Básico N° 7 Loja.

Elaboración: El autor

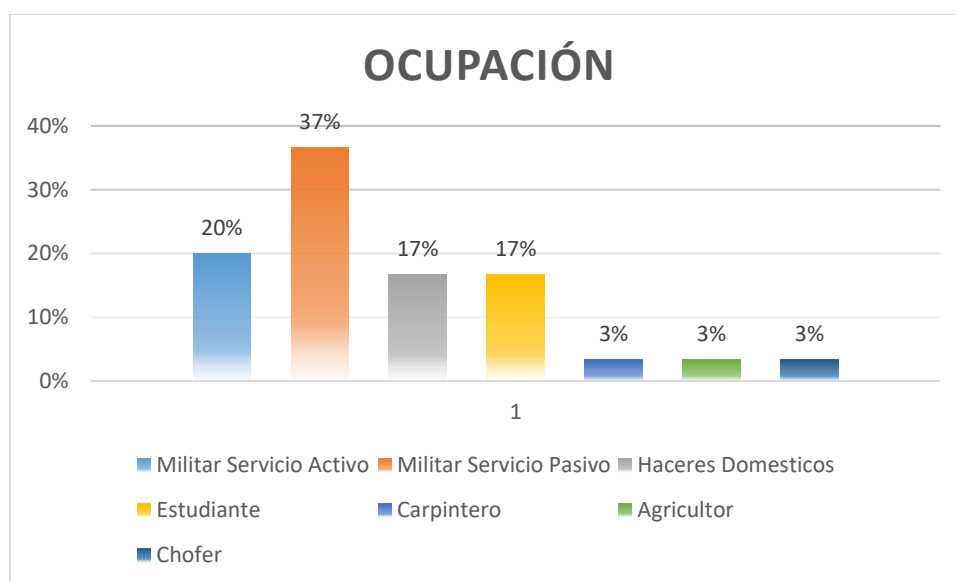


Figura 3: Distribución de pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según la ocupación durante el año 2011.

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el Hospital Básico N° 7 Loja.

Elaboración: El autor

Según la ocupación de los sujetos participantes en la investigación se obtuvieron los siguientes datos: los militares en servicio pasivo fueron predominantes con un 37%, seguido de los militares en servicio activo con un 20%, los quehaceres domésticos y estudiantes universitarios alcanzaron un 17%, y carpintero, chofer y agricultor con un 3% como menos predominantes.

De acuerdo con el diagnóstico histopatológico de los 30 pacientes estudiados el 100% se diagnosticó de gastritis.

Tabla 4: Distribución de pacientes con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según protocolo de tratamiento aplicado durante el año 2011:

PROTOCOLO TERAPÉUTICO	Frecuencia	%
Protocolo 1	28	93
Protocolo 2	2	7
TOTAL	30	100

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el Hospital Básico N° 7 Loja.

Elaboración: El autor

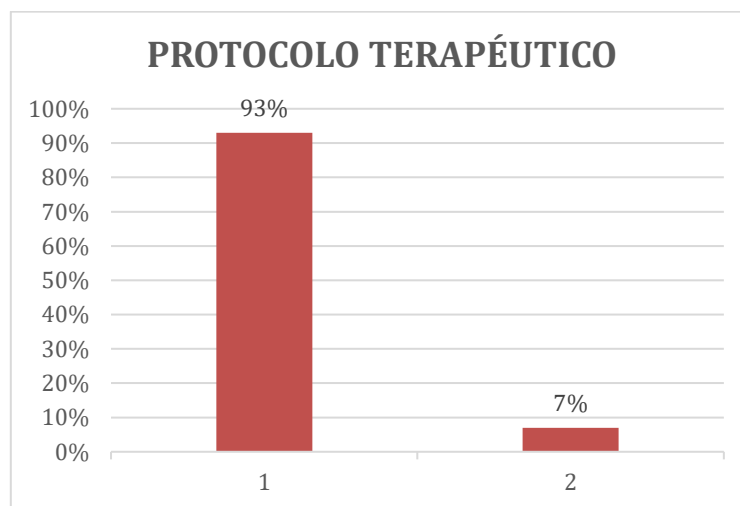


Figura 6: Distribución de pacientes atendidos con diagnóstico de *Helicobacter pylori* a través de endoscopia digestiva alta según protocolo de tratamiento aplicado durante el año 2011.

Fuente: Historias clínicas de pacientes atendidos durante el año 2011 en el Hospital Básico N° 7 Loja.

Elaboración: El autor

El uso de los esquemas de tratamiento planteados de acuerdo al Ministerio de Salud Pública del Ecuador se comportó como sigue. El 93% de los individuos fue tratado con el esquema de la primera línea, mientras que solo el 7% con la segunda línea de tratamiento.

DISCUSIÓN

La distribución de los sujetos infectados muestra una gran variabilidad en función de la edad de los individuos estudiados. Las prevalencias más elevadas se observan en los grupos de edad comprendidos entre 45 a 49 años (20%), del total de pacientes que formaron parte de la investigación realizada en el Hospital Básico N°7 Loja.

De acuerdo a un estudio sobre la bacteriología y epidemiología de la infección por *Helicobacter pylori* realizado por Sheila Eileen Crowe publicado en UptoDate en el año 2016 señala que; la infección por *Helicobacter pylori* se ha demostrado en nivel global y en individuos de todas las edades. (Crowe S. E., 2016) En los países en desarrollo, la infección por *Helicobacter Pylori* es marcadamente más prevalente en edades más jóvenes que en los países desarrollados (WGO, 2010). Siendo la prevalencia en adultos a más de 80% antes de los 50 años (Crowe S. E., 2016), lo cual guarda estrecha relación a los resultados obtenidos con este estudio.

De la misma manera y con la misma finalidad de acuerdo a un estudio publicado por el Departamento de Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Queens de Belfast, Grupo Real de Hospitales, Irlanda del Norte. Se demostró que en sujetos de edad ≥ 25 años, la infección es más común en los hombres que en mujeres. Esta relación siguió siendo significativa después de ajustar por la edad y las mediciones de la clase socioeconómica: odds ratio (OR) para la infección, hombre contra mujer fue de 1,19 (95% intervalo de confianza [IC]: 1,02 a 1,40). (Murray, McCrum, Evans, & Bamford, 1997). En este estudio realizado en 30 pacientes atendidos en el Hospital Básico N°7 Loja en el año 2011, presentaron diagnóstico positivo para *Helicobacter pylori*, a través de endoscopia digestiva alta, de los cuales se determinó que el género de prevalencia fue el masculino resultando en un 60% a comparación del 40% que representan el sexo femenino.

Esta investigación como ya se ha mencionado se realizó en el Hospital Básico N°7 Loja, de la misma se obtuvo que entre la infección por *Helicobacter pylori* y las ocupaciones de los pacientes estudiados, en primer lugar, a los militares en servicio pasivo con 37%. De la misma manera y con la misma finalidad Alfonso Chacaltana médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Central de la FAP, menciona en un estudio publicado en el 2009 que, de un total de 2616 personas participantes en la campaña de despistaje endoscópico, el 73.5% de la población fue masculina (edad media 50.7 ± 8.7 años) y el 26.5% femenino (edad media 54.8 ± 9.8 años). Esta población de estudio estuvo compuesta en su mayoría por militares con 75.2%

entre oficiales y suboficiales, mientras que el 24.8% correspondió a familiares de militares, entre cónyuges y padres. La infección por *Helicobacter pylori* se detectó en 1574 pacientes (60.1%). (Chacaltana, 2009)

En un estudio realizado por el Departamento de Gastroenterología del Hospital Regional de Culiacán, México en el que participaron un total de 108 sujetos, de los cuales 80 fueron mujeres y 28 hombres, con una edad promedio de 49.1 años con la infección, esto coincide con los resultados de la presente investigación, donde el porcentaje de mayor prevalencia se encontró en el grupo de edades comprendidas en 45-49 años.

Helicobacter pylori es la etiología infecciosa más común asociado con la gastritis. La mayoría de los pacientes infectados con *Helicobacter pylori* desarrollan gastritis aguda que puede resolverse espontáneamente. En esta investigación se encontró el 100% de pacientes diagnosticados con *Helicobacter pylori* presentó gastritis como patología asociada.

Se realizaron 2 estudios, bien documentados, basados en la autoinfección de voluntarios por el *Helicobacter pylori*. En uno de estos estudios, Marshall y otro voluntario ingirieron las bacterias. La importancia de ambos estudios radica en que contribuyeron decisivamente a establecer la patogenicidad de la bacteria en relación con la gastritis aguda y crónica de manera contundente, al cumplir los postulados clásicos de Koch sobre las enfermedades infecciosas, ya que el cúmulo de datos que mostraban los mecanismos de acción de la bacteria y su fuerte asociación con la gastritis, no eran suficientes para considerarla como agente causal. (Jiro Watari, 2014)

Hoy se sabe que prácticamente todas las personas infectadas por el *Helicobacter pylori* desarrollan una gastritis crónica superficial. Si no se lleva a cabo un tratamiento que permita la erradicación de la infección, tanto esta como la inflamación se prolongan durante décadas, y en muchos casos durante toda la vida en forma activa pero lenta y a bajo ruido. En la mayor parte de los casos, más del 85%, esta inflamación está asociada con la infección por *Helicobacter pylori*. Por lo tanto, se puede afirmar que esta es la causa más importante de gastritis crónica. Erradicación de *Helicobacter pylori* cura la gastritis y puede prevenir la propagación de la infección y reduce los costos futuros derivados de tratamiento de la enfermedad después de *Helicobacter pylori* asociada. (Malfertheiner, et al., 2012)

Mediante la investigación por último se pudo identificar que, la terapia de primera línea se indicó en 28 casos equivalentes al 93%, el mismo que comprende inhibidor de la bomba de protones+ amoxicilina+ claritromicina 2 veces al día por 7 días. Los restantes 2 casos equivalentes al 7%, se les asignó la terapia de segunda línea que comprende inhibidor de la bomba de protones + amoxicilina + levofloxacina durante 10 días. La terapia de tercera línea no fue asignada para ninguno de los casos.

En 1997, el Grupo de Estudio Europeo *Helicobacter* informó las conclusiones de la primera Conferencia de Consenso de Maastricht y recomendó la triple terapia como tratamiento de primera línea para la infección por *Helicobacter pylori*. La terapia triple 3 ha seguido siendo el tratamiento de primera elección para la última década y ha sido recomendado por la mayoría de las reuniones de consenso, y por tanto las sociedades científicas europeas y americanas. (Gisbert & Calvet, 2011)

La triple terapia con un inhibidor de la bomba de protones (IBP) (omeprazol, lansoprazol o pantoprazol), amoxicilina y claritromicina se ha vuelto universal desde que fue recomendada por todos los consensos sostenidos alrededor del mundo (Malfertheiner, et al., 2012), y es el tratamiento de elección cuando las resistencias de la claritromicina al HP no superan el 20%.

Dentro del tratamiento de erradicación es de importancia recalcar los resultados obtenidos de acuerdo a cuatro meta-análisis que fueron llevados a cabo con resultados similares, que compararon las terapias triples de diferentes duraciones con la terapia secuencial, lo cual nos permitió evaluar el efecto de la longitud de los regímenes triples en la tasa de erradicación. Hemos encontrado una tendencia significativa ($P < 0,001$) entre la duración de la terapia y el éxito del tratamiento, incluso si la ganancia clínica fue modesta. Terapia duradera 14 días erradicada 9,8% (6,3% a 11,9%) y 6% (2,9% a 9,3%) más infecciones que la terapia que dura siete y 10 días. No se encontraron diferencias significativas en la tasa de erradicación entre la terapia que dura siete y 10 días (3,8%, - 0,1% a 5,8%).

Un análisis cronológico reciente de los resultados del meta-análisis realizados entre 1998 y 2010 mostró que la primera línea regímenes triples estándar lograron tasas de erradicación de alrededor del 80%. (Gisbert & Calvet, 2011)

CONCLUSIONES

- Los pacientes que presentaron diagnóstico de *Helicobacter pylori* durante el año 2011 fueron predominantemente los pacientes comprendidos entre los 45 a 49 años, militares en servicio pasivo del género masculino.
- En esta investigación se encontró que en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N°7 Loja durante el año 2011 el 100% de pacientes diagnosticados con *Helicobacter pylori* presentó gastritis como patología asociada.
- Se pudo confirmar que existe estrecha relación entre la infección de *Helicobacter pylori* y gastritis.
- El tratamiento que más empleado contra la infección por *Helicobacter pylori* fue la línea fue la de primera línea.

RECOMENDACIONES

- Implementar futuras investigaciones para buscar las causas que provocan la infección del h. pylori en la población.
- Se recomienda realizar un estudio que establezca relación entre la sintomatología de pacientes con hallazgos patológicos de Helicobacter pylori para poder establecer un protocolo de manejo y de uso adecuado de la endoscopia para casos en los que se amerite realmente, basándose en una investigación exhaustiva y adecuada historia clínica de los pacientes que acuden a la consulta gastroenterológica.
- Crear conciencia en la población militar para que exista un mejor manejo de las medidas de prevención contra la infección de Helicobacter pylori.
- Implementar campañas de promoción para dar a conocer a la población en general la importancia de los controles postratamiento en la infección de Helicobacter pylori.
- Se recomienda y estando fuera de los objetivos planteados en esta investigación, que el Hospital Básico N° 7 Loja establezca un mejor manejo de la información para mejorar la calidad de atención a los pacientes.

BIBLIOGRAFIA

- Acosta, Y. R. (2013). Resultados en el tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal. *Medisur*, 21.
- Aguirre, M. C. (2014). *Repositorio de la Universidad Católica del Ecuador*. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/22000/7377/11.27.000802.pdf?sequence=4>
- Anovega, H. V. (2014). Caracterización de úlcera gástricas y duodenales. *Rev enferm Herediana*, 4.
- Anovega, H. V. (2014). Caracterización de úlceras gástricas y duodenales. *Rev enferm Herediana*, 4.
- Arama, S. S. (2015). Efficacy of 7-Day and 14-Day Triple Therapy Regimens for the Eradication of *Helicobacter pylori*: A Comparative Study in a Cohort of Romanian Patients. *Gastroenterology Research and Practice*, 4-5.
- Buitrón, P. C. (2013). *Repositorio de la Universidad San Francisco de Quito*. Obtenido de <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1503/1/104865.pdf>
- Capote, D. E. (2014). Infección por *helicobacter pylori* en pacientes atendidos en consulta de gastroenterología. *Scielo*, 02.
- Chacaltana, A. (2009). Lesiones Gástricas Preneoplásicas y *Helicobacter Pylori* en Despistaje Endoscópico para Cáncer Gástrico en Población de Nivel Socioeconómico Medio y Alto. *Rev. Gastroenterol. Perú*, 218-225.
- Crowe, S. B. (Mayo de 05 de 2013). *Uptodate*. Obtenido de Bacteriología y la epidemiología de la infección por *Helicobacter pylori*:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+1h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/bacteriology-and-epidemiology-of-helicobacter-pylori-infection?source=search_result&search=helicobacter+pylori+edad&selectedTitle=1~150
- Crowe, S. E. (22 de Noviembre de 2013). *Uptodate*. Obtenido de Bacteriología y la epidemiología de la infección por *Helicobacter pylori*:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/bacteriology-and-epidemiology-of-helicobacter-pylori-infection?source=search_result&search=HELICOBACTER+PYLORI&selectedTitle=3~150
- Crowe, S. E. (12 de 03 de 2015). *Uptodate*. Obtenido de Indicaciones y pruebas de diagnóstico de la infección por *Helicobacter pylori*:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/indications-and-diagnostic-tests-for-helicobacter-pylori-infection?source=see_link
- Crowe, S. E. (01 de 04 de 2016). *UpToDate*. Obtenido de
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+1h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/bacteriology-and-epidemiology-of-helicobacter-pylori-infection?source=search_result&search=helicobacter+pylori&selectedTitle=3~150
- Crowe, S. E. (11 de Mayo de 2016). *UpToDate*. Obtenido de Bacteriology and epidemiology of *Helicobacter pylori* infection:
<https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E7>

- 0627A++/contents/bacteriology-and-epidemiology-of-helicobacter-pylori-infection?source=search_result&search=helicobacter+pylori&selectedTitle=3~150
- Definición.de . (2015). *Definición.de* . Obtenido de <http://definicion.de/tratamiento/>
- Enedina, M. F. (2011). Confirmación endoscópica de la gastritis por *Helicobacter pylori* en un centro médico venezolano de diagnóstico integral. *MEDISAN*, 1.
- Ernst, P. B., Peura, D. A., & Crowe, S. E. (2006). The Translation of *Helicobacter pylori* Basic Research to Patient. *Gastroenterologia*, 130: 188-206.
- García, E. C. (2015). *Helicobacter pylori* y la respuesta inmune. *Revista latinoamericana de Patología Clínica*, 114.
- Garibay, D. R. (2011). Guía clínica de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad por úlcera péptica. *Rev. Gastroenterología de México*, 153.
- Ghetti, E. M. (2013). *Helicobacter Pylori*: Un problema actual. *Dialnet*, 109.
- Gilbert, J. (2013). Gastroenterología y Hepatología. *Conferencia Española de Consenso sobre la infección por Helicobacter pylori* (págs. 354-355). Madrid: Elsevier.
- Gilbert, J. (2015). Enfermedades relacionadas con *Helicobacter pylori*: Dispepsia, úlcera y cáncer gástrico. *Elsevier*, 19.
- Gisbert, J. (2013). Gastroenterología y Hepatología. *Conferencia Española de Consenso sobre la infección por Helicobacter pylori* (págs. 354-355). Madrid: Elsevier.
- Gisbert, J. (2015). Enfermedades relacionadas con *Helicobacter pylori*: Dispepsia, úlcera y cáncer gástrico. *Elsevier*, 19.
- Gisbert, J. P., & Calvet, X. (2011). the effectiveness of standard triple therapy for *Helicobacter pylori* has not changed over the last decade, but it is not good enough. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 1255–1268.
- Gómez, M. (2015). Erradicación del *Helicobacter pylori*: encuesta realizada por la Asociación Colombiana de Gastroenterología. *Revista Colombiana de Gastroenterología* , 25-31.
- Hunt. (2010). *Guías prácticas de la Organización Mundial de Gastroenterología: Helicobacter pylori en los países en desarrollo*. Santiago: Latinoamericana.
- Jensen, P. J. (11 de Mayo de 2013). *Uptodate*. Obtenido de La gastritis aguda y crónica por *Helicobacter pylori*:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/acute-and-chronic-gastritis-due-to-helicobacter-pylori?source=search_result&search=gastritis&selectedTitle=2~150
- Jensen, P. J. (11 de Mayo de 2013). *Uptodate*. Obtenido de La gastritis aguda y crónica por *Helicobacter pylori*.:
https://svpn.utpl.edu.ec/+CSCO+0h756767633A2F2F6A6A6A2E68636762716E67722E70627A++/contents/acute-and-chronic-gastritis-due-to-helicobacter-pylori?source=search_result&search=gastritis&selectedTitle=2~150
- Lim, L. G. (2014). Diagnóstico y tratamiento de *Helicobacter pylori* para la úlcera péptica sangrado en la práctica clínica - los factores asociados con la falta de diagnóstico y no el tratamiento y rendimiento diagnóstico en diversos ámbitos. *The Turkish Society of Gastroenterology*, 157.
- Murray, L. J., McCrum, E. E., Evans, A. E., & Bamford, K. B. (1997). Epidemiology of *Helicobacter pylori* infection among 4742 randomly selected subjects from Northern Ireland. *International Journal of Epidemiology*, 880-887.
- Orozco, D. L. (2015). Algunas especificidades sobre la mortalidad asociada a la hemorragia por enfermedad ulcerosa péptica gastroduodenal. *SciELO*, 668.

- Pagola, D. M. (2009). Caracterización de la infección por *Helicobacter pylori* en pacientes con úlcera gástrica. *Scielo*, 3-5.
- Pasechnikov, V. (2014). El cáncer gástrico: la prevención, la detección y el diagnóstico precoz. *World Journal of Gastroenterology*, 13843.
- Patel, S. K., Pratap, C. B., Jain, A. K., Gulat, A. K., & Nath, G. (2014). Diagnosis of *Helicobacter pylori*: What should be the gold standard? *World Journal of Gastroenterology*, 12847-12859.
- Prados, J. G. (2012). Úlcera péptica e infección por *Helicobacter pylori*. *Elsevier*, 109.
- Roldán, M. V. (2011). Gastritis y Gastropatías . *Rev Gastroenterol, Perú*, 38-39.
- Sánchez-Cuén, J. (2013). Infección por *Helicobacter pylori* y su asociación con el consumo de alcohol. Estudio de casos y controles. *Elsevier*, 144.150.
- Sánchez-Cuén, J. A. (2015). Concordancia entre procedimientos diagnósticos invasivos para la infección por *Helicobacter pylori* en adultos. *Salud pública de México* , 353-355.
- Sepúlveda, A. R. (5 de Diciembre de 2014). *Medscape*. Obtenido de *Helicobacter pylori* asociada a la gastritis activo: <http://emedicine.medscape.com/article/1610541-overview#a3>
- Sepúlveda, A. R. (5 de Diciembre de 2014). *Medscape*. Obtenido de *Helicobacter pylori* asociada a la gastritis activo : <http://emedicine.medscape.com/article/1610541-overview#a3>
- Serrano, C. (2012). *Helicobacter pylori*: causa no tradicional de deficiencia de hierro y anemia. *Rev. Chil Pediatr*, 14.
- WGO. (Agosto de 2010). *Helicobacter pylori en los países en desarrollo*. Obtenido de Guías prácticas de la Organización Mundial de Gastroenterología: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-spanish-2010.pdf>
- WordReference.com. (2015). *WordReference*. Obtenido de Online Language Dictionaries: <http://www.wordreference.com/definicion/edad>
- WordReference.com. (2015). *WordReference*. Obtenido de Online Language Dictionaries: <http://www.wordreference.com/definicion/sexo>
- WordReference.com. (2015). *WordReference*. Obtenido de Online Language Dictionaries: <http://www.wordreference.com/definicion/ocupaci%C3%B3n>

ANEXOS

	HAHC	Algoz Estado	M	F	Chil	Tup	Cay	Ant	Per	Dos	Wad	Hip	Wly	Palato	Bucio																																																																																																		
	0166494	0166494	C	X	20			X						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
waraz	0166494	0166494	C <td>X <td>20</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>20</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	20			X																																																																																																									
men Vile	240331	11/11/11	S <td></td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>		20																																																																																																												
Jo Chimi	517961	2/2/11	C <td>X</td> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	X	20			X																																																																																																									
	14 22668	-	C <td>X <td>49</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>49</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	49			X																																																																																																									
line Torra	5 22624	T.A.	C <td>X <td>28</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>28</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	28			X																																																																																																									
Estimam	3 23665	11/11/11	C <td>X <td>28</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>28</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	28			X																																																																																																									
cho (A)	3 23665	2/2/11	C <td>X <td>28</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>28</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	28			X																																																																																																									
	09 23221	T.A.	C <td>X <td>27</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>27</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	27			X																																																																																																									
lungal	09 23221	11/11/11	S <td>X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	33			X																																																																																																									
rita	11 22922	2/2/11	S <td>X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	33			X																																																																																																									
lisa Herren	02 24823	2/2/11	S <td>X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	33			X																																																																																																									
lines Torra	01042613	2/2/11	S <td>X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>33</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	33			X																																																																																																									
ny Sinche	14 32321	-	L <td>X <td>66</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>66</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	66			X																																																																																																									
da	08 23221	01/01/11	C <td>X <td>58</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>58</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	58			X																																																																																																									
Alvarez	16 32201	01/01/11	C <td>X <td>68</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>68</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	68			X																																																																																																									
Campove	02043012	1/1/11	C <td>X <td>25</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>25</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	25			X																																																																																																									
ny Ordoñez	08 30446	1/01/11	C <td>X <td>40</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>40</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	40			X																																																																																																									
Amiro Oria	19 24225	2/2/11	S <td>X <td>26</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>26</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	26			X																																																																																																									
Antia Mald	00065120	H.O.	C <td>X <td>27</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>27</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	27			X																																																																																																									
ny Muñoz	11 08829	7/2/11	S <td>X <td>29</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>29</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	29			X																																																																																																									
Ortiz Gana	28 23470	T.A.	C <td>X <td>48</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>48</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	48			X																																																																																																									
Coronel	23 24645	2/2/11	C <td>X <td>52</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>52</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	52			X																																																																																																									
Ramón	24 24645	11/11/11	C <td>X <td>58</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>58</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	58			X																																																																																																									
ny Velasco	24 24645	T.A.	C <td>X <td>58</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>58</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	58			X																																																																																																									
Samán Dim	00022516	6/6/09	C <td>X <td>52</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>52</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	52			X																																																																																																									
ny Guatón	04 23666	2/2/11	S <td>X <td>44</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>44</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	44			X																																																																																																									
nyer Chica	28 24625	8/8/11	C <td>X <td>47</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </td>	X <td>47</td> <td></td> <td></td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td>	47			X																																																																																																									
ny	01 04445	11/01/11	C <td>X <td>31</td> </td>	X <td>31</td>	31																																																																																																												

LABORATORIO CLÍNICO Y DE PATOLOGÍA
Dr. Manuel Peña Guzmán

PATOLOGO INTEGRAL
POSTGRADO UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

SECCION: MICROSCOPIOS Y QUIMICA ORGANICA - VETERINARIA - LABORATORIO DE QUIMICA ORGANICA - ANALISIS DE ALIMENTOS Y ALIMENTOS PARA ANIMALES - OTROS

DIRECCION: 18 DE NOVIEMBRE 11-89 ENTRE AZUAY Y MERCADERILLO TELÉFONOS: 2 601 475 2 602 371

INFORME ANATOMOPATOLOGICO Tel. 0019151349 Nro 0225-2010 HC: 05159

PACIENTE: Sra. Valeria Medina Medina. EDAD 18* SEXO F

MEDICO SOLICITANTE: Dra. France Aguilera A.

INFORMACION CLINICA: Paciente en quien se realiza EDA.

PRELUSION DIAGNOSTICA: Gastritis atrófica crónica.

ORIGEN DEL ESPÉCIMEN: Estómago: cuerpo y antro.

CARÁCTER DEL ESPÉCIMEN: PÍLULA QUÍMICA.

MACROSCOPIA: BIOPSIA 1

Se recepta cinco fragmentos de tejido blando, de color rosado, tienen aspecto mucoso, miden 2 mm cada uno.

MICROSCOPIA

Los cortes muestran mucosa gástrica de cuerpo (cuatro fragmentos) y de antro (un fragmento) con leve (cuerpo) a moderado (antro) infiltrado inflamatorio mononuclear difuso (cuerpo) y que forma folículos linfoides (antro) en la lámina propia. Las glándulas en ambos niveles tienen aspecto hiperplásico, glándulas abundantes bacilos.

DIAGNOSTICO:
BIOPSIA GÁSTRICA GRUPO II (CUERPO-ANTRO);
GASTRITIS CRÓNICA, SUPERFICIAL (CUERPO);
CRÓNICA FOLICULAR (ANTRO).
HELICOBACTER PYLORI (+++)

01-04-2011 YFE

APP: Circonización xDIO
Paciente por asma

12-05-2011 GIP
No Paciente

12-05-2011 GE

Paciente con resultados
DOA: patología crónica de B,
con síntomas de neoplasia en
pulmón izquierdo, no se viene desahogado en función
respiratoria
BIDOPSID:
patología crónica pulmonar
patología respiratoria aguda
Patología metastásica en pulmón izquierdo
Diagnóstico médico y M.T. oral
APP (+)
PLAN: XHP (+) Radiación Solución Test HP in Hc.
procedimiento Tx

GASTROENTEROLOGÍA
101150

E.P./H.C.U. - FORM. 06/2007

CONTINUA DE LA SECCIÓN ANTERIOR

EVOLUCIÓN Y PRESCRIPCIONES



Anexo 2. Ficha de recolección de datos

TEMA:														DIAGNÓSTICO DE HELICOBACTER PYLORI POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO NO. 7 DE LA BRIGADA DE INFANTERIA LOJA													
Lugar:														Hospital Básico No.7 Loja													
Fuente:														Historia Clínica													
Servicio:														Gastroenterología													
														Ficha de Observación Indirecta													
AÑO:														MES:													
N°	N° de Historia clínica	Sexo		Edad	Helicobacter Pylori		Diagnóstico con EDA		Gastritis		Úlcera Péptica		Otra enfermedad (nombre)	Sin Tratamiento	Protocolo de Tratamiento												
		M	F		+	-	SI	NO	SI	NO	SI	NO			1	2	3										
1																											
2																											
3																											
4																											
5																											
6																											
7																											
8																											
9																											

Anexo 3. Oficio dirigido al director del Hospital Básico N° 7 Loja

Loja, 22 de Diciembre del 2015

Tte. Cnel. Edison Moreno

DIRECTOR DEL HOSPITAL BÁSICO N° 7 LOJA

De mis consideraciones. –

Yo, **Celso Dostoyeuski Carpio Gálvez**, con C.C. **1104532575**, actualmente estudiante del octavo ciclo de la carrera de la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja modalidad presencial, solicito muy comedidamente:

Se me autorice el permiso necesario para poder acceder a los archivos correspondientes a las historias clínicas del año 2011, para poder desarrollar mi proyecto de tesis, el cual tiene por tema “Diagnóstico de Helicobacter Pylori por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2011”, dicha recolección de datos se realizará desde el 11 de enero hasta el 1 de marzo del 2016. Por la atención brindada le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

Atentamente:

Celso Dostoyeuski Carpio Gálvez. C.C 1104532575