



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA Y BIOMÉDICA

TITULO DE MEDICO

Diagnóstico de Helicobacter Pylori por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

TRABAJO DE TITULACIÓN

Autor: Chávez Torres, Andrea Elizabeth.

Directora: Sinche Gutiérrez, Numan Alfredo, Dr.

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

Doctor.

Numan Alfredo Sinche Gutiérrez

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: Diagnóstico de Helicobacter Pylori por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013, realizado por Chávez Torres Andrea Elizabeth ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, septiembre del 2017.

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Chavez Torres Andrea Elizabeth declaro ser autora del presente trabajo de titulación: Diagnóstico de Helicobacter Pylori por endoscopia digestiva alta en pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013, de la Titulación de Médico, siendo Numan Alfredo Sinche Gutiérrez director 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 vigente de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente establece: “(...) forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f).....

Autora: Andrea Elizabeth Chávez Torres.

CI: 1104976079

DEDICATORIA

“Limitar nuestra atención a cuestiones terrestres sería limitar el espíritu humano. El mayor enemigo del conocimiento no es la ignorancia, sino la ilusión del conocimiento”

Stephen Hawking.

El presente trabajo lo dedico primeramente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis Padres, Irma Torres y Marco Chávez, porque han sido el pilar fundamental para seguir adelante, por ser mi fuerza y ejemplo; por estar siempre a mi lado y ser mi inspiración, por su apoyo incondicional y confianza; por todos los valores que me han inculcado y su cariño. También a mis hermanos, por ser un impulso más en este largo camino de penas y alegrías, de errores y aciertos.

A mis queridas primas Alexandra y Janina, mi tía materna Argelia Noemisa por su afecto, compañía, por demostrarme siempre su apoyo incondicional, a pesar de nuestra distancia física, siento que están conmigo siempre dispuestas a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mis grandes amigas por su cariño, compañía y comprensión; siempre las llevaré en mi corazón ya que compartimos todos estos años con el mismo amor y pasión por esta maravillosa vocación, ser médico.

Andrea Elizabeth.

AGRADECIMIENTO

A Dios por la fortaleza que me ha dado cada día para vencer las adversidades de este arduo recorrido, por ser mi luz en la oscuridad, mi aliento en los caminos empinados, mi refugio y mi maestro.

A mi Divino Niño Jesús de Praga, por ser mi amparo y protección; por cobijarme con su manto celestial, llenarme de fe, fortaleza y humildad.

A todos los docentes y autoridades de la Universidad Técnica Particular de Loja por su paciencia, dedicación, confianza, por sus sabios consejos y enseñanzas que han permitido mi formación como ser humano y médico. En especial agradezco a mis maestros de la Titulación de Médico que han perfeccionado mis habilidades y expandido mis conocimientos en esta profesión maravillosa y altruista como lo es la Medicina.

Al Dr. Iván Zúñiga, Director autoridad del Departamento de Estadística por su apertura y ayuda para acceder a la información necesaria para el presente trabajo, así como al Doctor Numan Sinche Tutor de mi proyecto quien ha sabido guiarme en todo el transcurso de la realización.

Andrea Elizabeth.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN	1
Objetivo general:.....	5
Determinar la presencia de <i>Helicobacter pylori</i> y su asociación con gastritis y úlcera péptica diagnosticados por endoscopia digestiva alta para contar con información que servirá en futuras investigaciones.	5
Objetivos específicos:.....	5
CAPITULO I	6
MARCO TEÓRICO.....	6
1.1. <i>Helicobacter pylori</i>	7
1.1.1. Epidemiología.....	7
1.1.2. Factores de Riesgo para la infección.....	7
1.1.3. Mecanismos de transmisión	8
1.1.4. Patogenicidad.....	8
1.1.5. Métodos de diagnóstico.....	8
1.1.6 Tratamiento para <i>Helicobacter pylori</i>	9
2. Enfermedades asociadas a <i>Helicobacter Pylori</i>	11
2.1 Gastritis.....	11
2.2 Úlcera Péptica	12
2.2.1 Úlceras Duodenales:.....	12
2.2.1 Úlceras gástricas	14
CAPITULO II	15
DISEÑO METODOLÓGICO.....	15
DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	36

ANEXOS 38

RESUMEN

Determinar la presencia de *Helicobacter pylori* y su asociación con gastritis y úlcera péptica diagnosticados por endoscopia digestiva alta; caracterización de casos positivos y tratamiento de elección.

Se realizó un estudio cuantitativo, retrospectivo y descriptivo en 220 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013, el análisis de las variables categóricas se realizó a través del software Microsoft Office Excel 2010.

Se evidenció un predominio de sexo femenino con el 75,45% en la infección por *Helicobacter Pylori* diagnosticado por histopatológico, la gastritis resultó ser la principal patología asociada con el 89,55% y el tratamiento de primera línea representó el 90% de la terapéutica utilizada para erradicar el *Helicobacter pylori*.

La infección por *Helicobacter pylori* demostró tener una estrecha relación con la gastritis, siendo el estudio histopatológico a través de la biopsia un método certero para el diagnóstico. Por ello la necesidad de un tratamiento adecuado a fin de evitar complicaciones por esta bacteria.

Helicobacter pylori, Endoscopia Digestiva Alta, Gastritis, Úlcera, Tratamiento.

ABSTRACT

To determine the presence of *Helicobacter pylori* and its association with diseases such as gastritis and peptic ulcer, both diagnosed by upper endoscopy; characterization of positive cases and treatment of choice.

A quantitative, retrospective and descriptive study was conducted using clinical records of 220 patients treated at the gastroenterology area of the Basic Hospital No. 7 Loja in 2013, the analysis of the categorical variables was performed using Microsoft Office Excel 2010 software.

A predominance of female with 75.45% in *Helicobacter pylori* infection diagnosed was observed by histopathology, Gastritis result to be the major associated pathology with 89.55% and first-line treatment accounted 90% of therapeutic used to eradicate *Helicobacter pylori*.

The infection caused by *Helicobacter pylori* demonstrated a close relationship with gastritis, with histopathology through biopsy an accurate an accurate method for its diagnosis. Therefore, it is a need for adequate treatment to avoid complications from bacteria.

Helicobacter pylori, Upper GI Endoscopy, Gastritis, Ulcer, Treatment.

INTRODUCCIÓN

Helicobacter pylori se ha asociado a diferentes enfermedades, la mayoría de ellas del tracto digestivo, aunque también existen pacientes colonizados por la bacteria y en los que, sin embargo, no se observan manifestaciones clínicas, permaneciendo asintomático, la infección por *Helicobacter pylori* representa la infección bacteriana crónica más común en los seres humanos en todo el mundo y en las personas de todas las edades. Estimaciones conservadoras indican que el 50 por ciento de la población mundial se ve afectado. La infección es más frecuente y adquirida a una edad más temprana en los países en desarrollo en comparación con los países industrializados.

Los organismos gástricos se observaron por primera vez hace más de 100 años y su asociación con la gastritis se ha reconocido desde la década de 1970. La verdadera implicación de esta bacteria no se conoce plenamente, sin embargo, hasta 1982, cuando Marshall y Warren identificaron y posteriormente cultivaron la bacteria gástrica, *pyloridis* *Campylobacter*, posteriormente reclasificado como *Helicobacter pylori*. (G. Vázquez-Mata, 2009)

La prevalencia en adultos alcanza su máximo en más de un 80 por ciento antes de los 50 años de edad. En los países desarrollados se vuelve más común en la edad adulta, la frecuencia de infección por *H. pylori* para cualquier grupo de edad en cualquier localidad, está relacionada con las condiciones de estado y de vida socioeconómicas. (Sheila E Crowe M., 2013)

El diagnóstico de *H. pylori* usualmente se puede establecer durante la endoscopia por uno de tres métodos: prueba de ureasa, biopsia, histología, y, con menor frecuencia, cultivo bacteriano. La elección entre estas pruebas depende de la circunstancia clínica, la precisión de las pruebas, y los costes relativos. (Sheila E Crowe M., UPtoDate, 2015)

Hay varias líneas de evidencia que implican *H. pylori* como un importante factor etiológico en las úlceras duodenales (DU): *H. pylori* está presente en la mayoría de los pacientes que tienen DU que no están relacionadas con el uso de AINE; la infección por *H. pylori* es detectable antes de la ocurrencia de DU y parece ser un factor de riesgo para el trastorno. (Ford, 2010)

El presente proyecto se lo realiza con el fin de contribuir en el proceso de mejoramiento del estado de salud de la población, a partir de un estudio eficaz y eficiente, realizado en el Hospital Básico No.7, que cuenta con distintos servicios de los cuales el de gastroenterología, evalúa cuan frecuentes son determinadas patologías y diagnósticos secundarios que afectan al estado

de salud óptimo. Por medio del conocimiento obtenido se podrá visualizar y analizar el servicio que presta esta entidad de salud y generar así pautas o recomendaciones que puedan ser aplicables en la práctica médica diaria lo que contribuirá consecuentemente a mejorar la calidad de vida de todos los ciudadanos atendidos en esta casa de salud.

El objetivo de la presente investigación fue determinar la prevalencia de la infección por *Helicobacter Pylori* diagnosticada por biopsia y su relación con patología gástrica, a nivel local, para sistematizar información útil que nos servirá al momento de tomar decisiones y plantear estrategias encaminadas a la prevención y erradicación de este patógeno. Para este fin se procedió a revisar el registro de endoscopias y toma de muestra de tejido para histopatológico realizadas en el año 2013 por número de historia clínica, para luego proceder a la revisión de cada una de ellas teniendo en cuenta los criterios de inclusión, obteniendo que existió predominio de sexo femenino con el 75,45% en la infección por *Helicobacter Pylori* diagnosticado por endoscopia digestiva alta, la gastritis resultó ser la principal patología asociada con el 89,55% y el tratamiento de primera línea representó el 90% de la terapéutica utilizada para erradicar el *Helicobacter Pylori*.

Al hacer referencia a las limitaciones de este trabajo de investigación, es importante mencionar que en algunos resultados de los informes de las endoscopias digestivas altas no se encontró los datos completos acerca de los hallazgos microscópicos necesarios para este estudio.

El estudio realizado fue de tipo cuantitativo, descriptivo y retrospectivo, basado en 220 historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología en el Hospital Básico N° 7 Loja durante el 2013 previa autorización para la recolección de datos, el análisis de las variables categóricas se realizó a través del software Microsoft Office Excel 2010 representando los resultados obtenidos en la presente investigación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la presencia de *Helicobacter pylori* y su asociación con gastritis y úlcera péptica diagnosticados por endoscopia digestiva alta para contar con información que servirá en futuras investigaciones.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar a los pacientes positivos para *Helicobacter pylori* mediante revisión de las historias clínicas.
- Determinar la relación entre *Helicobacter pylori*, gastritis y úlcera péptica mediante revisión de historias clínicas.
- Determinar el tratamiento empleado para *Helicobacter pylori*.

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. **Helicobacter pylori**

Es una bacteria gram negativa, espiral, forma microaerofílico, que mide aproximadamente 3,5 micras de longitud y 0,5 micras de ancho. La microscopia de alta potencia revela que el organismo tiene seis y cincuenta y ocho flagelos envainados unipolares que mejoran su movilidad a través de soluciones viscosas. (García J. , 2010)

Además de la caracterización morfológica, el organismo puede ser caracterizado bioquímicamente como catalasa, oxidasa, ureasa positivo. La actividad de la ureasa bacteriana es clínicamente importante porque constituye la base de varias pruebas invasivas y no invasivas para diagnosticar la infección. (Sheila E Crowe M. , Bacteriología y la epidemiología de la infección por Helicobacter Pylori, 2013)

La patogenia por *Helicobacter pylori* representa la infección bacteriana crónica más común en los seres humanos.

1.1.1 **Epidemiología.**

La infección por *Helicobacter pylori* representa la infección bacteriana crónica más común en los seres humanos. *H. pylori* se ha demostrado en todo el mundo y en las personas de todas las edades. Estimaciones conservadoras indican que el 50 por ciento de la población mundial se ve afectado. La infección es más frecuente y adquirida a una edad más temprana en los países en desarrollo en comparación con los países industrializados. (Sheila E Crowe M. , 2013)

En las naciones en desarrollo, donde la mayoría de los niños se infectan antes de cumplir los 10 años, la prevalencia en adultos alcanza su máximo en más de un 80 por ciento antes de los 50 años de edad. En los países desarrollados la evidencia de infección en los niños es inusual, pero se vuelve más común en la edad adulta, la frecuencia de infección por *H. pylori* para cualquier grupo de edad en cualquier localidad, está relacionada con las condiciones de estado y de vida socioeconómicas. (Sheila E Crowe M. , 2013)

1.1.2 **Factores de Riesgo para la infección**

El riesgo de adquirir *H. pylori* infección está relacionada al nivel de vida y las condiciones socioeconómicas temprano en la vida.

Factores tales como la densidad de la vivienda, el hacinamiento, el número de hermanos, compartiendo una cama, y la falta de agua corriente han sido relacionados

con una tasa más alta de adquisición de infección por *H. pylori*. (Sheila E Crowe M. , 2013)

En general, las prácticas inadecuadas de saneamiento, clase social baja, y las condiciones de vida insalubres o de alta densidad, parece estar relacionado con una mayor prevalencia de infección por *H. pylori*. Este hallazgo sugiere que las condiciones de higiene y concurridas pobres pueden facilitar la transmisión de la infección entre los miembros de la familia y es consistente con los datos de la agrupación intrafamiliar e institucional de la infección por *H. pylori*. (Brown, 2010)

1.1.3 Mecanismos de transmisión

La vía por la que se produce la infección sigue siendo desconocida. La transmisión de persona a persona del *H. pylori* a través de cualquiera fecal / oral, o por vía oral / oral, la exposición parece más probable. (Sheila E Crowe M. , Bacteriología y la epidemiología de la infección por Helicobacter Pylori, 2013)

Transmisión iatrogénica de *Helicobacter pylori* tras la endoscopia es el único modo probado. Para la población general, el modo más probable de transmisión es de persona a persona, ya sea por la vía oral-oral (a través de vómito o posiblemente saliva) o tal vez la vía fecal-oral. El modo de persona a persona de transmisión es apoyado por la mayor incidencia de la infección entre los niños y adultos en instituciones y la agrupación de infección por *H. pylori* en las familias. (Brown, 2010)

1.1.4 Patogenicidad

La patogénesis promovida por este microorganismo está determinada por la compleja interacción de factores del hospedero, ambientales y bacterianos. Los factores de virulencia de la bacteria pueden causar daño a las células epiteliales directamente o estimular la producción de citocinas proinflamatorias, así se produce un proceso de inflamación que también ocasiona lesiones al tejido gástrico. Este hecho depende a su vez de la predisposición genética del hospedero para dar esta respuesta inmune, así como de las condiciones ambientales en las que se desarrolla el paciente infectado. (González & Rodríguez, 2011)

1.1.5 Métodos de diagnóstico

Las pruebas de diagnóstico para *Helicobacter pylori* se puede dividir en técnicas invasivas y no invasivas, en base a la necesidad de endoscopia. Las técnicas pueden

ser directas (demostración microscópica del organismo) o indirecta (utilizando la ureasa o una respuesta de anticuerpos como un marcador de la enfermedad). (Sheila E Crowe M. , 2015)

El diagnóstico de *H. pylori* usualmente se puede establecer durante la endoscopia por uno de tres métodos: prueba de ureasa biopsia, histología, y, con menor frecuencia, cultivo bacteriano. La elección entre estas pruebas depende de la circunstancia clínica, la precisión de las pruebas, y los costes relativos. La endoscopia no es indicada con el único fin de establecer *H. pylori*. (Sheila E Crowe M. , 2015)

La endoscopia diagnóstica tanto en adultos como en niños, ha sido una de las herramientas más importantes de gastroenterología actual, pues ha ampliado la comprensión de la fisiopatología y el tratamiento. (Martín Alonso Gómez Zuleta, 2014)

La visualización inicial suele ser de los pliegues de la curvatura mayor del estómago. El examen generalmente procede a lo largo de la curvatura mayor del estómago hacia el píloro. La correcta observación se logra a través retroflexión, que permite ver áreas que no están bien visualizadas durante el examen directo inicial. La técnica consiste en lo siguiente:

- Dilatar el estómago con el aire
- Promover el endoscopio a la región en la curvatura menor en el antro
- Al girar el endoscopio arriba-abajo a la posición máxima hasta alcanzar un 140 a 160 grado de curvatura en la punta del endoscopio
- Se recomiendan el bloqueo de las ruedas del endoscopio para aumentar la rigidez de la punta del endoscopio
- Retirar el endoscopio para sacar la punta del endoscopio hacia la unión esofagogástrica
- Girando el endoscopio para obtener una vista de 360 grados de la parte superior del estómago. (David A Greenwald, 2015)

La identificación de alteraciones de la mucosa gástrica con Endoscopia digestiva alta con retroflexión y magnificación puede dirigir la toma de biopsia y tener mayor rendimiento o capacidad diagnóstica. (Piñero, 2013)

1.1.6 Tratamiento para Helicobacter pylori

1.1.6.1 Primera Línea.

El régimen recomendado para tratamiento de primera línea de *H. pylori* es la triple terapia con un IBP (lansoprazol 30 mg dos veces al día, omeprazol 20 mg dos veces al día, pantoprazol 40 mg dos veces al día, rabeprazol 20 mg dos veces al día, o esomeprazol 40 mg una vez al día), amoxicilina (1 g dos veces al día) y claritromicina (500 mg dos veces al día) durante 7 a 14 días.

Una mayor duración del tratamiento (14 frente a 7 días) puede ser más eficaz en la curación de la infección, pero esto sigue siendo controvertido.

Metronidazol (500 mg dos veces al día) se puede sustituir por amoxicilina en individuos alérgicos a la penicilina. El aumento de la dosis de IBP tiene pequeños efectos sobre las tasas de erradicación.

1.1.6.2 Segunda Línea.

La terapia Cuádruple consta de un IBP, junto con salicilato de bismuto (524 mg cuatro veces al día) y dos antibióticos (por ejemplo, metronidazol 250 mg cuatro veces al día y tetraciclina 500 mg cuatro veces al día) administrados durante 10 a 14 días. La terapia cuádruple es apropiada como terapia inicial en áreas en las que la prevalencia de la resistencia a la claritromicina o metronidazol es ≥ 15 por ciento, o en pacientes con exposición reciente o repetida a la claritromicina o metronidazol. Si la tetraciclina no está disponible, la doxiciclina (100 mg dos veces al día) puede sustituir. (Crowe, 2015)

La tasa de erradicación de la infección por *H. pylori* con el tratamiento triple estándar ha descendido en el mundo en los últimos años. La resistencia antibiótica es una de las principales causas de la falla del tratamiento.

Dada la correlación entre la exposición al *H. pylori* y el desarrollo de adenocarcinoma gástrico, la erradicación es crucial. En todas las situaciones la elección de un tratamiento óptimo es esencial. Éste debe ser efectivo (más del 90% de erradicación), seguro, bien tolerado, de fácil administración, de bajo costo y accesible.

Datos recientes muestran un descenso del éxito de erradicación con la triple terapia estándar llegando solo al 60%, debido fundamentalmente a la creciente resistencia a los antibióticos, en especial a la claritromicina. (Dacoll, 2014)

1.1.6.3 Tercera Línea: Otros.

Los regímenes de erradicación alternativos implican el uso de la terapia cuádruple que contiene un ARH2. (Christensen, 2015)

La inflamación residual en la curvatura menor después de la erradicación de *H. pylori* es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer gástrico. Rebamipida, un medicamento gastro-protector, fue ampliamente desarrollado en Japón para el tratamiento de la enfermedad de úlcera péptica, gastritis crónica, úlceras inducidas por disección endoscópica de la submucosa, y después del tratamiento de erradicación de *H. pylori*, el tratamiento rebamipida a largo plazo mejoró la gastritis histológica de infiltración de células mononucleares en el antro y el cuerpo y dio lugar a niveles de gastrina sérica en pacientes con gastritis *H. pylori* asociada durante 1 año. En este estudio, para dilucidar los mecanismos por los cuales rebamipida mejora la inflamación crónica, que tuvo como objetivo investigar los cambios en la gastritis histológica y síntomas subjetivos en los pacientes que reciben tratamiento rebamipida después de la erradicación de *H. pylori*. (Kamada, 2015)

En los últimos años, los beneficios clínicos de los probióticos han sido mejor reconocido en diversas áreas, y han encontrado un lugar en la erradicación de *H. pylori* como un adyuvante, en particular en los adultos. (Mustafa Akcam, 2015)

2. Enfermedades asociadas a Helicobacter Pylori

2.1 Gastritis

La gastritis se define como la inflamación histológicamente demostrada de la mucosa gástrica, no así refiriéndose al eritema mucoso que puede observarse durante una endoscopía o la dispepsia que puede sentir un paciente. (Del Valle, 2013)

Sin embargo, la lesión de las células epiteliales y la regeneración no siempre se acompañan de inflamación de la mucosa. Esta distinción ha causado gran confusión ya que el término "gastritis" se utiliza a menudo para describir características endoscópicas o radiológicas de la mucosa gástrica en lugar de los hallazgos histológicos específicos. (Beverly A Dickson, 2014)

La capacidad de *H. pylori* para causar gastritis aguda se demostró después de que voluntarios sanos ingirieron los organismos y desarrollaron una enfermedad leve (que

consiste en dolor epigástrico, náusea y vómito sin fiebre) asociado con cambios inflamatorios agudos en la biopsia gástrica. La infección aguda se demostró también en voluntarios sometidos a estudios de secreción gástrica que fueron inadvertidamente infectados por el equipo contaminado. Estos casos también demostraron que la infección aguda se asocia con el desarrollo de hipoclorhidria, un fenómeno que se sospecha que es causada por un agente infeccioso y fue referido como "hipoclorhidria epidemia". A pesar de la alta prevalencia de la gastritis crónica por *H. pylori*, algunos ejemplos de la infección aguda espontánea se han reconocido. (Pamela J Jensen, 2013)

Con respecto al género, se ha observado alguna influencia en este factor en la adquisición de la bacteria; es así que las mujeres son menos propensas a ser afectadas en comparación con los varones. (Khalid, 2015)

Durante los últimos 20 años, el aumento del uso de la endoscopia con biopsia ha revolucionado nuestra comprensión de la naturaleza y el significado de la gastritis crónica. La infección crónica por *Helicobacter pylori* ahora se cree es causante de la mayoría de los casos de gastritis crónica. (Garg, 2012)

Ultra-estructuralmente las biopsias muestran unión en la superficie entre las células epiteliales gástricas y el *H. Pylori*, el desarrollo de estos sitios de unión bacterianas asociados a gastritis podría ser una indicación de patogenicidad. (Hessey, 2015)

2.2 Úlcera Péptica

Comprende las úlceras de localización tanto gástrica como duodenal. Las úlceras se definen como una rotura de la superficie de la mucosa >5mm de tamaño, que en profundidad alcanza la submucosa. Las úlceras duodenales y las gástricas comparten muchos rasgos patógenos, diagnósticos y terapéuticos, aunque existen diversos factores que las diferencian.

2.2.1 Úlceras Duodenales: Se calcula que las DU se producen en 6 a 15% de la población occidental. Su incidencia declinó de manera constante de 1960 a 1980 y se ha mantenido estable desde entonces. Las tasas de mortalidad, la necesidad de intervención quirúrgica y las visitas al médico han disminuido >50% durante los últimos 30 años. Se encuentran en la primera porción del duodeno >95% y 90% se ubica en los primeros 3cm siguientes al píloro; casi siempre miden < o igual a 1cm de diámetro, aunque a veces pueden alcanzar 3 a 6 cm. (Longo, 2011)

Hay varias líneas de evidencia que implican *H. pylori* como un importante factor etiológico en las úlceras duodenales (DU):

- *H. pylori* está presente en la mayoría de los pacientes que tienen un DU que no está relacionada con el uso de AINE.
- Infección por *H. pylori* es detectable antes de la ocurrencia de DU y parece ser un factor de riesgo para el trastorno.
- La erradicación de *H. pylori* previene la recurrencia DU.

El mecanismo exacto por el cual *H. pylori* contribuye a la úlcera duodenal (UD) no se comprende. Sin embargo, la bacteria parece afectar a los siguientes aspectos de la fisiología intestinal y de la mucosa:

- Aumento de la secreción de ácido gástrico.
- Metaplasia gástrica.
- Respuesta inmune.
- Mecanismos de defensa de la mucosa.

También puede haber una contribución de una variedad de bacterias, y los factores ambientales que tienen un papel en la patogénesis de la formación de la úlcera.

Mientras que la asociación entre *H. pylori* y DU es fuerte, no es específica. Como ejemplos, infección por *H. pylori* también se encuentra en pacientes con úlceras gástricas (de 65 a 95 por ciento), dispepsia (20 a 60 por ciento), cáncer gástrico (70 a 90 por ciento), y los pacientes asintomáticos (20 a 45 por ciento). (Crowe, UpToDate, 2014)

La úlcera péptica es la causa para la dispepsia en aproximadamente 10% de los pacientes. 95% de duodenal y 70% de las úlceras gástricas están asociadas con *Helicobacter pylori*. La eliminación de *H. pylori* reduce la tasa de recaídas de úlceras pero la magnitud de este efecto es incierto. (Ford, 2011)

La erradicación de *H. pylori* sin medicamento antisecretor administrada es suficiente para el tratamiento de las úlceras pépticas, así como el impacto de las drogas anti-inflamatorio no esteroide (NSAID) y ácido acetilsalicílico (AAS) utilizado en las recaídas de úlcera.

2.2.1 Úlceras gástricas: a diferencia de las DU, constituyen un cáncer, por lo que se debe obtener biopsia en cuanto se descubren. Las úlceras gástricas se localizan distales en la unión entre el antro y la mucosa secretora. (Longo, 2011)

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio:

Según el diseño fue un estudio cuantitativo, según el tipo de análisis descriptivo, en cuanto al tiempo de recolección de datos retrospectivo, y de acuerdo al enfoque para la recolección de datos transversal.

2.2 Universo:

Integrado por 270 historias clínicas de todos los pacientes que fueron atendidos en el servicio de gastroenterología a quienes se les realizó biopsia, en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

2.3 Muestra:

Constituida por 220 historias clínicas de pacientes con diagnóstico histopatológico de *Helicobacter pylori* en el periodo de estudio.

2.3.1 Criterios de inclusión:

Historias clínicas de pacientes atendidos en el servicio de gastroenterología que se realizó Endoscopia digestiva alta y toma de biopsia, en tiempo mencionado previamente, con diagnóstico de *Helicobacter pylori* o úlcera gástrica de ambos sexos, por tinción de giemsa o test de ureasa, mayores de 20 años.

2.3.2 Criterios de exclusión:

Historias clínicas que no tuvieron o contaron con la información requerida.

2.4 Operacionalización de variables:

VARIABLE	DEFINICIÓN	INDICADOR	MEDICIÓN
Características de los pacientes	Cualidades que determinan los rasgos de un paciente y lo distinguen claramente de los demás.	Edad Grupos de edad a partir de 20 años cada 5 años. Sexo Masculino Femenino	Frecuencia y porcentaje
		Helicobacter Pylori diagnóstico por histopatológico que resultó positivo o negativo mediante: test de ureasa, Histológicamente a través	

de tinciones con tinción de Giemsa.			
Enfermedades Digestivas	Una enfermedad digestiva es cualquier problema de salud que ocurre en el aparato digestivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Gastritis diagnosticada por estudio histopatológico asociado o no a <i>Helicobacter pylori</i> - Úlcera Péptica diagnosticada por estudio histopatológico asociado o no a <i>Helicobacter pylori</i> 	Frecuencia y porcentaje
Tratamiento para Helicobacter Pylori	Dentro de los agentes farmacológicos se encuentran: los estimulantes de los factores defensivos de la mucosa, los neutralizantes de la secreción ácida y los inhibidores de la secreción gástrica ácida.	<ul style="list-style-type: none"> - Fármacos empleados: <ul style="list-style-type: none"> • Primera línea • Segunda línea • Tercera línea 	Frecuencia y Porcentaje

2.5 Métodos e instrumentos de recolección de datos:

2.5.1 Métodos: Según los objetivos planteados el método que se utilizó para la recolección de datos fue la observación.

2.5.2 Instrumentos: El instrumento para la recolección de datos que se utilizó fue la ficha de observación con ítems elaborados específicamente para cumplir los objetivos.

2.6 Procedimiento:

Para realizar y planificar el proyecto de investigación y cumplir con los objetivos planteados fue necesario la revisión bibliográfica específica del tema tanto virtual como física, para la redacción del proyecto como la elaboración de los instrumentos de recolección de datos. Una vez aprobado el proyecto se procedió de la siguiente manera:

- Solicité autorización para la recolección de datos a las autoridades del Hospital Básico No.7 Loja.

- Coordiné con el personal de estadística responsable de las historias clínicas, así como con el grupo de estudiantes que desarrollaron la investigación en el Hospital, para la recolección de la información.
- Ingresé la información de las historias clínicas en la ficha de observación elaborada específicamente.
- Para cumplir el primer objetivo que es: Caracterizar la presencia de Helicobacter Pylori positivo, de acuerdo a edad y sexo, mediante revisión de los datos informativos de las historias clínicas.
- Para cumplir el segundo objetivo: Determinar la relación entre Helicobacter Pylori, a través de histopatológico para gastritis y úlcera péptica, EDA positivo, mediante revisión de historias clínicas.
- Para cumplir el tercer objetivo: Determinar el tratamiento empleado para Helicobacter Pylori; se revisó la información también en las historias clínicas.
- Una vez recolectada la información se procedió a elaborar una base de datos en Excel.

2.7 Plan de tabulación y análisis:

Para la base de datos se utilizará el software Microsoft Office Excel 2010, poniendo en las columnas cada uno de los indicadores de las variables y las filas corresponderán a cada historia clínica, se procederá luego a la tabulación con estadística descriptiva utilizando frecuencia y porcentaje para las variables.

CAPITULO III

DISCUSIÓN DE RESULTADOS Y ANÁLISIS

RESULTADO 1:

Caracterización de pacientes en los que se realizó Endoscopia digestiva alta mediante revisión de las historias clínicas.

Tabla 1. Grupos de edad en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
21-25 años	6	2,73%
26-30 años	4	1,82%
31-35 años	19	8,64%
36-40 años	32	14,55%
41-45 años	47	21,36%
46- 50 años	33	15%
51-55 años	23	10,45%
56-60 años	30	13,64%
61-65 años	17	7,73%
66-70 años	3	1,36%
71-75 años	6	2,73%
Total	220	100,00%

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

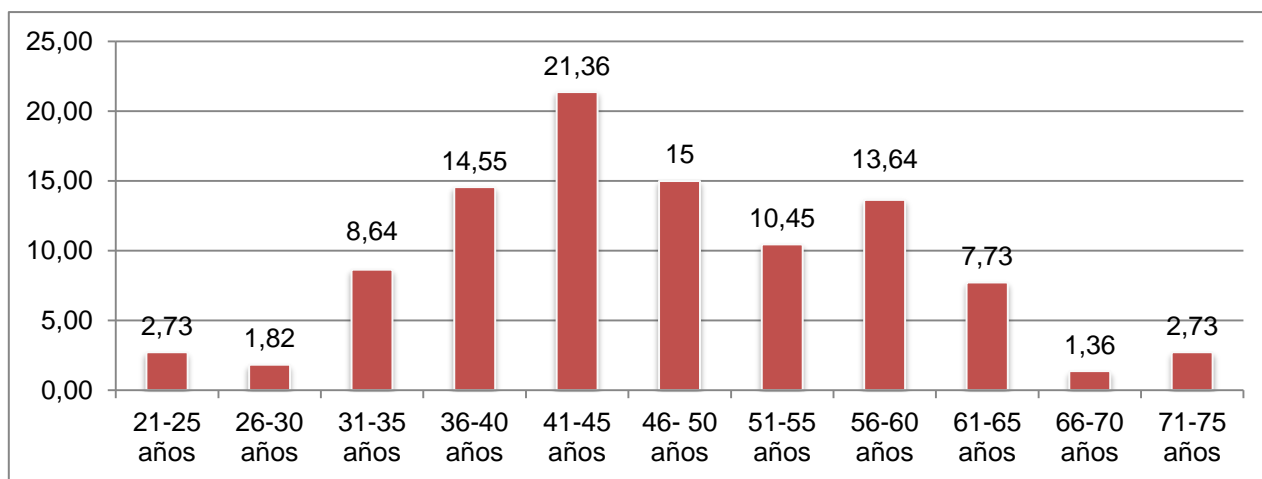


Figura 1. Grupos de edad en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

Del total de pacientes atendidos, el 21,36% corresponden a personas entre 41 a 46 años, seguidos por el 15% que representa a las edades entre 46-50 años. El 14,55% comprende los pacientes entre 36-40 años, el 13,64% corresponde a los individuos entre 56-60 años, mientras que el 0,45% representa a los pacientes entre 51 a 55 años, disminuyendo en las siguientes décadas de vida como el 1,36% entre los 66-70 años.

Tabla 2. Género de los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	166	75,45%
Masculino	54	24,55%
Total	220	100,00%

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

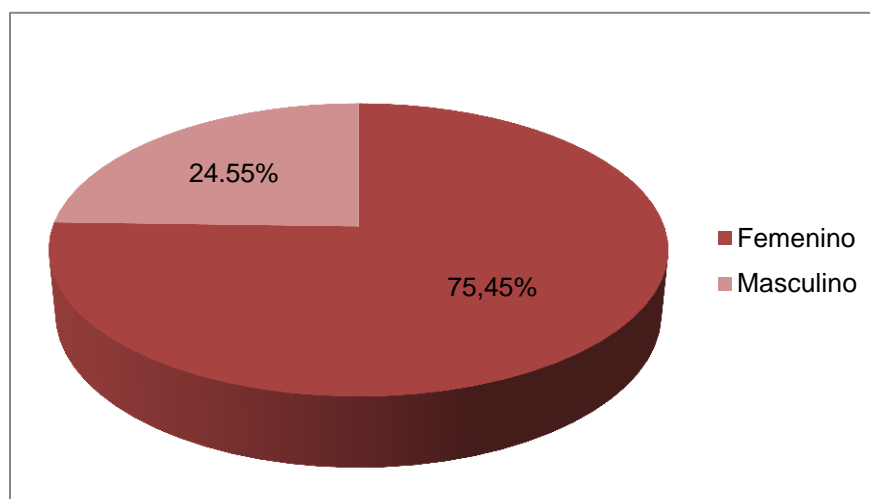


Figura 2. Género de los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

El 75,45% corresponden al género femenino y el 24,55% pertenece al sexo masculino.

Tabla 3. Diagnóstico de Helicobacter pylori por biopsia en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013

Diagnóstico de HP por biopsia (Tinción Giemsa)	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	198	90,00%
Negativo	22	10,00%
Total	220	100,00%

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

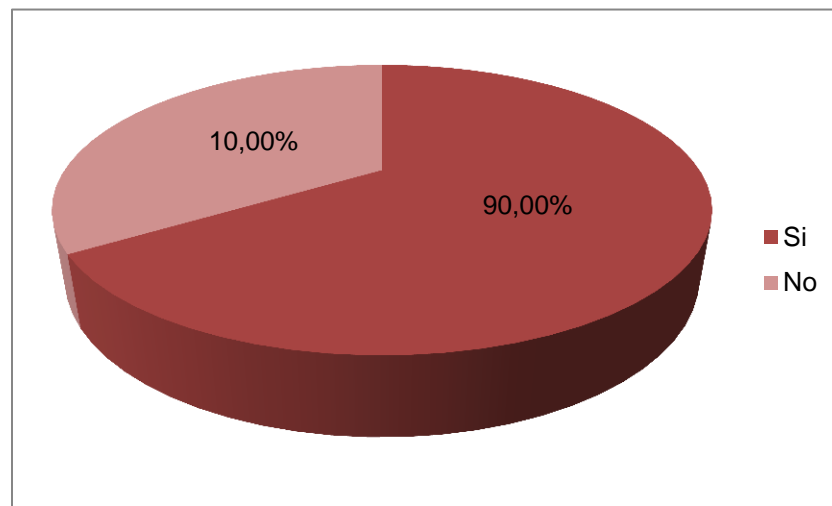


Figura 3. Helicobacter Pylori diagnóstico luego de endoscopia por Biopsia en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

De todos los pacientes atendidos, el 90% resultó positivo para Helicobacter Pylori luego de biopsia por histopatológico, mientras que el 10% tuvo un resultado negativo para esta bacteria.

Tabla 4. Helicobacter pylori en mujeres diagnóstico por biopsia en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
21-25 años	3	1,97
26-30 años	2	1,32
31-35 años	13	8,55
36-40 años	26	17,11
41-45 años	37	24,34
46- 50 años	22	14,47
51-55 años	17	11,18
56-60 años	15	9,87
61-65 años	10	6,58
66-70 años	2	1,32
71-75 años	5	3,29
Total	152	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

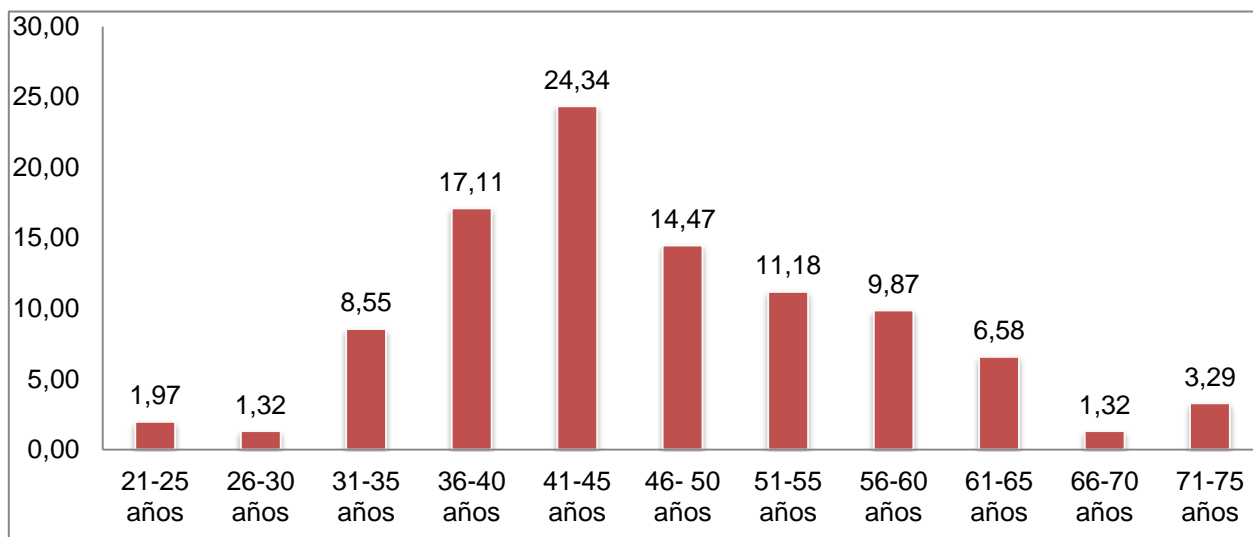


Figura 4. Helicobacter Pylori en mujeres diagnóstico luego de endoscopia por Biopsia en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

Del total de las mujeres diagnosticadas de Helicobacter pylori luego de biopsia por histopatológico, el grupo etario de 41-45 años presenta la mayor frecuencia con el 24,34%,

seguido por el 17,11% y 14,47% de pacientes entre 36-40 años y 46-50 años, respectivamente. Observándose una disminución de casos en el resto de grupos etarios.

Tabla 5. Helicobacter Pylori en hombres diagnóstico por biopsia en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
21-25 años	4	8,70
26-30 años	1	2,17
31-35 años	2	4,35
36-40 años	4	8,70
41-45 años	3	6,52
46- 50 años	11	23,91
51-55 años	4	8,70
56-60 años	9	19,57
61-65 años	7	15,22
66-70 años	1	2,17
71-75 años	0	0,00
Total	46	100%

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

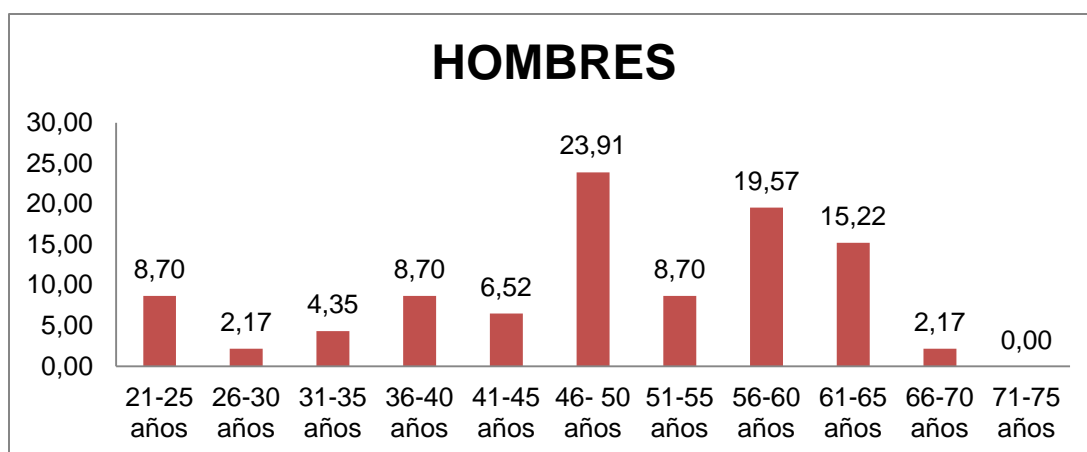


Figura 5. Helicobacter Pylori en hombres diagnóstico luego de endoscopia por Biopsia en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

Del total de pacientes de sexo masculino con resultado positivo para *Helicobacter pylori* luego de biopsia por histopatológico, el grupo etario entre 46-50 años presentan el mayor número de casos con el 23,91%, seguido por los individuos de 56 a 60 años con el 19,57%. Mientras que el 15,22% representa a los pacientes de 61-65 años. Observándose una disminución de casos por debajo del 10% en el resto de grupos etarios.

Tabla 6. Género de los pacientes con resultado positivo para Helicobacter Pylori luego de biopsia.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	152	76,77%
Masculino	46	23,23%
Total	198	100,00%

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

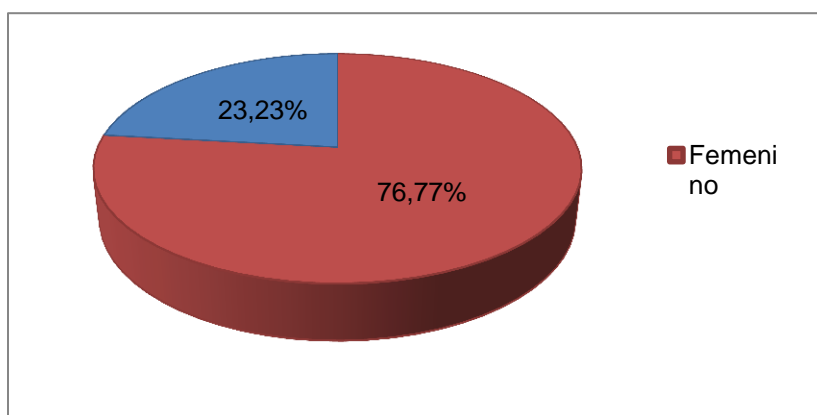


Figura 6. Género de los pacientes con resultado positivo para Helicobacter Pylori luego de biopsia.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

El 76,77% de individuos con resultado positivo para Helicobacter pylori luego de biopsia por histopatológico corresponde al género femenino, mientras que el 23,23% pertenecen al sexo masculino.

RESULTADO 2

Determinar la relación entre *Helicobacter Pylori*, gastritis y úlcera péptica mediante revisión de historias clínicas.

Tabla 7. Enfermedades digestivas asociadas a *Helicobacter pylori* en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Enfermedades Digestivas	Frecuencia	Porcentaje
Gastritis	197	99,55%
Úlcera Péptica	1	0,45%
Total	220	100,00%

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

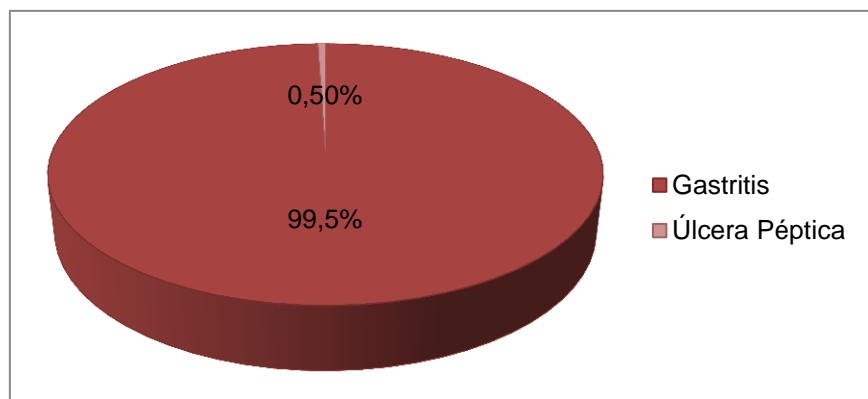


Figura 7. Enfermedades digestivas los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

El 99,55% de pacientes fueron diagnosticados con gastritis, mientras que el 0,45% de los casos se diagnosticó de úlcera péptica luego de la biopsia por histopatológico.

RESULTADO 3

Determinar el tratamiento empleado para Helicobacter Pylori.

Tabla 8. Tratamiento para Helicobacter Pylori en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Protocolo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Primera Línea	198	100,00
Segundo Línea	0	0,00
Tercera Línea	0	0,00
Total	198	100,00

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

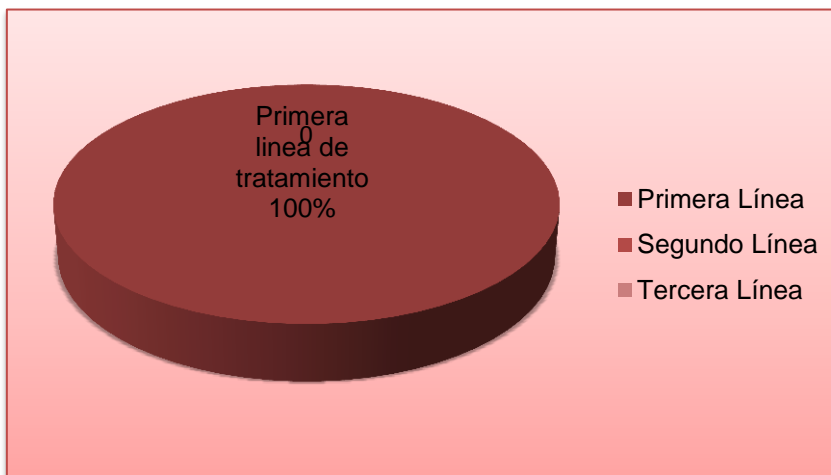


Figura 8. Tratamiento para Helicobacter Pylori en los pacientes atendidos en el Hospital Básico N° 7 Loja, durante el 2013.

Fuente: Ficha de Observación

Elaboración: La Autora

El 90% de las personas atendidas recibió el tratamiento de primera línea para Helicobacter Pylori.

Discusión

El presente trabajo de investigación determinó la presencia de *Helicobacter pylori* y su asociación con gastritis y úlcera péptica diagnosticados por histopatológico con el fin de disponer de información para futuras investigaciones, para lo cual se contó con una muestra total de 220 pacientes (75,45% mujeres, 24,55% hombres) atendidos en el servicio de gastroenterología a quienes se les realizó endoscopia digestiva alta y toma de biopsia, en el Hospital Básico N° 7 Loja. Los datos sociodemográficos de los pacientes, la presencia del *Helicobacter pylori* posterior a la biopsia por endoscopia, su relación con enfermedades digestivas como la gastritis y úlcera péptica y su tratamiento son los datos recabados durante el desarrollo de este proyecto.

Los resultados obtenidos demostraron que la mayor parte de pacientes con diagnóstico positivo para *Helicobacter pylori* luego de la biopsia corresponde al sexo femenino con el 76,77% frente al 23,23% de pacientes de género masculino. En cuanto al grupo etario es importante destacar que para ambos sexos el mayor número de casos positivos se observó en mayores de 40 años; 41-45 años para las mujeres con el 24,34% y 46-50 años para hombres con el 23,91%.

Una casuística realizada en 1711 pacientes, determinó que la media de edad entre los sujetos infectados fue de 44 años con RIC de 17-57 a diferencia de lo observado en los individuos no infectados con una media de 39 años RIC 12-57; estableciéndose así una asociación estadísticamente significativa en la infección por la bacteria. Del mismo modo, la distribución por grupos de edad de los pacientes revela que la prevalencia más elevada se ubica entre los 35 a 44 años con el 54,5%. Con respecto al género, la prevalencia de *Helicobacter pylori* fue mayor en mujeres (47,1%) que en hombres (42,1%); sin embargo, no hubo diferencias significativas entre ellas ($p=0,056$). (Castillo, y otros, 2016)

En este mismo contexto, García en su estudio determinó que la incidencia de la bacteria fue en el 85% del total de pacientes estudiados, de los cuales el 23,52% se encuentra en los 55-64 años, siendo el grupo con mayor presencia de *Helicobacter pylori*; por debajo se ubican los grupos de 45-54 años y 35-44 años con el 21,1% y 14,2%, respectivamente. (García, Crespo, & Guanche, 2014)

Un estudio chileno que incluyó 5664 pacientes con edad promedio de 50,7 años demostró sin diferencias significativas en el sexo que los hombres con el 78,5% es el grupo más afectado en comparación con las mujeres (77,8%) (Ortega, y otros, 2010)

En este estudio, la presencia del *Helicobacter Pylori* luego de endoscopia por biopsia en los individuos atendidos resulto positivo en un 90%. García en su investigación realizada en el Hospital General Docente "Abel Santamaría Cuadrado" menciona que la incidencia de la infección por *helicobacter pylori* representa el 85% del total de pacientes que asistieron a consulta al servicio de gastroenterología de un total de 240; sin embargo, el predominio lo registró el sexo masculino con el 62.09 % contrario a lo que se observa en el presente estudio. (García, Crespo, & Guanche, 2014)

La enfermedad digestiva que más se relaciona al *helicobacter pylori* es la gastritis con el 89,55%, en tanto que un único caso que representa el 0,45% se asoció a úlcera péptica, según los datos obtenidos en el presente estudio. García en su casuística clínico-epidemiológico acerca del *Helicobacter pylori* señala que la alteración gástrica que más se asoció a la infección fue la gastritis crónica con el 63,7%; seguida por la úlcera gástrica con 8,82 %, la metaplasia gástrica y el adenocarcinoma gástrico. (García, Crespo, & Guanche, 2014)

La terapia triple, primera elección en el tratamiento de *Helicobacter pylori*, fue el única terapéutica empleada en los pacientes estudiados, para la erradicación de esta bacteria con el 90%. Rodríguez en su estudio en el cual evalúa el tratamiento para *Helicobacter Pylori* con terapia triple en esquemas de 7 y 10 días sostiene que los resultados para erradicar esta bacteria son superiores al 80%, independientemente de que sea aplicado de 7 o 10 días, el porcentaje de eficacia fue del 86% en los pacientes estudiados. (Rodríguez, Pareja, & Yushimito, 2013)

Aunque en América del Sur, no se ha identificado el mejor régimen por la falta de estudios controlados, pero en las últimas recomendaciones y consensos recomiendan la terapia triple. Es así que en un estudio realizado por el Instituto Ecuatoriano de enfermedades digestivas (IECED) en donde se empleó la terapia triple en dos grupos de control durante 7 y 10 días, independientemente del tiempo se lograron niveles de erradicación por encima del 65% en ambos grupos. (Robles, Moncayo, & Parrales, 2008)

Un estudio latinoamericano de intervención terapéutica en 57 pacientes con diagnóstico de úlcera gastroduodenal a quienes se les administró la triple terapia (omeprazol, claritomicina,

amoxicilina). Estableció que los pacientes infectados independientemente de la intensidad de los síntomas presentaron una mejoría de su sintomatología (96,5%), el resto presentó una mejoría parcial mientras que solamente uno de los individuos mantuvo manifestaciones clínicas aún después de la terapia. (Marten, Ramírez, Rodríguez, Duarte, & Cabezas, 2013)

El uso de un inhibidor de la bomba de protones conjuntamente con la amoxicilina y claritromicina han constituido la terapia más empleada para combatir al *Helicobacter Pylori*, incluso muchos consensos han publicado resultados importantes de su eficacia lo que la han convertido en la terapia de primera elección por muchas asociaciones incluyendo a la segunda conferencia de consenso español y tercera conferencia de consenso Europeo publicadas en los años 2005 y 2007, respectivamente. Sin embargo, este tratamiento ha ido en descenso por la resistencia microbiana. (Gisbert, 2010)

CONCLUSIONES

La presencia de *Helicobacter pylori* luego de histopatológico resultó positivo en un 90%.

Se evidencio predominio del género femenino entre 41-45 años de edad, con 23,34%; mientras que el género masculino representó el 23,91%.

La gastritis representó la enfermedad digestiva con mayor frecuencia asociada a *Helicobacter pylori* con el 99,55%, mientras que la enfermedad ulcero-péptica representó únicamente el 0,45%.

El tratamiento de primera línea representó el 100% de la terapéutica utilizada para erradicar el *Helicobacter pylori*.

RECOMENDACIONES

Establecer medidas preventivas como lavado correcto de manos y alimentos.

Realizar un diagnóstico oportuno por parte de los profesionales médicos en la detección de *Helicobacter Pylori*, con el fin de disminuir la incidencia de enfermedades digestivas asociadas.

Emplear de manera óptima los métodos diagnósticos no únicamente basándose en disponibilidad y costos, sino esencialmente en la clínica del paciente, fin con el cual se lo va a realizar, prevalencia de la infección en la región y otros factores que pueden alterar el resultado del análisis; recordando siempre la ventaja que tiene la histología sobre otras pruebas al permitir visualizar los cambios de la mucosa gástrica, esenciales en el diagnóstico y tamizaje del cáncer gástrico.

Aplicar tratamiento de primera línea para manejo de *H. pylori*. y enfermedades digestivas asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Brown, L. M. (2010). *Helicobacter pylori: Epidemiology and routes of transmission*. Obtenido de Epidemiologic Reviews : <http://epirev.oxfordjournals.org/content/22/2/283.long>
- Del Valle, J. (2013). Úlcera péptica y trastornos relacionados. En A. Fauci, D. Kasper, D. Longo, & J. Loscalzo, *HARRISON MEDICINA INTERNA* (pág. 1870). México DF: McGRAW-Hill INTERAMERICANA.
- Ford, A. C. (2011). Tratamiento de erradicación de la enfermedad de úlcera péptica en pacientes *Helicobacter pylori* positivos. *Wiley Publishers Since*, 29-30.
- García, E., Crespo, F., & Guanache, H. (2014). Infección por *Helicobacter pylori* en pacientes atendidos en consulta de gastroenterología. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 453-462.
- García, J. (2010). Educación médica basada en competencias. *Revista médica del Hospital General de México*, 57-69.
- Garg, B. (2012). El análisis histopatológico de la gastritis crónica y la correlación de características patológicas entre sí y con los hallazgos endoscópicos. *Journal Of de Polish Society of Pathologists*, 172-178.
- Gisbert, J. (2010). *Infección por Helicobacter Pylori*. Recuperado el 09 de Marzo de 2016, de http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/19_Infeccion_por_Helicobacter_pylori.pdf
- González, L., & Rodríguez, B. (10 de 06 de 2011). *Pathogenesis of infection due to Helicobacter pylori*. Obtenido de http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol50_4_11/med10411.htm
- Martín Alonso Gómez Zuleta, M. (2014). Utilidad de la endoscopia digestiva alta diagnóstica en pacientes menores de 18 años. *Revista colombiana de gastroenterología*, 114-115.
- Robles, C., Moncayo, M. L., & Parrales, J. (2008). Is a 7-day *Helicobacter pylori* treatment enough for eradication and inactivation of gastric inflammatory activity? *World Journal of Gastroenterology*, 2838-2842.
- Rodríguez, W., Pareja, A., & Yushimito, L. (2013). Tratamiento de *Helicobacter Pylori* con Omeprazol, amoxicilina y claritromicina en esquemas de 7 y 10 días. *Revista de Gastroenterología del Perú*, 177-182.
- Sheila E Crowe, M. (22 de Noviembre de 2013). *Bacteriología y la epidemiología de la infección por Helicobacter Pylori*. Obtenido de UpToDate: <https://svpn.utpl.edu.ec>

Sheila E Crowe, M. (22 de Noviembre de 2013). *UpTODate*. Obtenido de UpTODate: <https://svpn.utpl.edu.ec>

Sheila E Crowe, M. (12 de 03 de 2015). *UPtoDate*. Obtenido de UpToDate: <https://svpn.utpl.edu.ec>

ANEXOS

TEMA:		DIAGNÓSTICO DE HELICOBACTER PYLORI POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL BÁSICO NO. 7																			
Lugar:		Hospital Básico No.7 Loja																			
Fuente:		Historia Clínica																			
Servicio:		Gastroenterología																			
Ficha de Observación Indirecta																					
AÑO: 2013																					
N.º	Nº de Historia clínica	Ocupación	Estado civil	Sexo		Edad Años	Lugar de Diagnóstico con EDA					DG con EDA			Biopsia		Protocolo de Tratamiento				
				M	F		Fundus	Cuerpo	Antro	Piloro	Duodeno	Gastritis	HP	Úlcera Péptica	SI	NO	1	2	3		
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					



UTPL
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Recibido

Oficio N° 090 CTM - UTPL
Loja, 01 de septiembre de 2015

Dr. Edison Moreno
DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR HB-7
Ciudad.


De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo y mi deseo de éxito en sus funciones.
Me permito agradecerle por su valiosa colaboración en la formación académica de los estudiantes de la Titulación de Médico de la Universidad Técnica Particular de Loja.

A la vez solicitarle de la manera más comedida autorice a quien corresponda para que se brinde el acceso al Departamento de Estadística a los estudiantes de la carrera de medicina, según listado adjunto, con el fin que puedan realizar la recolección de datos y desarrollar el Trabajo de Fin de Titulación que fue aprobado.

En agradecimiento a su gentil atención, me suscribo de usted, reiterándole mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,


Dr. Víctor Hugo Vaca Merino
**COORDINADOR DE TITULACIÓN
DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UTPL**



Adjunto: listado de estudiantes con temas de Proyectos de Fin de Titulación aprobados.

San Cayetano Alto s/n
Loja-Ecuador
Telf.: (593-7) 3 701 444 - ext 3412-3063
informacion@utpl.edu.ec
Apartado Postal: 11-01-608
www.utpl.edu.ec

HOSPITAL DE BRIGADA No. 7 - LOJA
Recibido de documentos
Fecha.....No. hojas.....Hora.....
SECRETARIA

La: 0307
04/11/2015 - 387 - 3
of