



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

TESIS

**“HALLAZGOS ENDOSCÓPICOS Y SU RELACIÓN CON PRESENCIA
DE *Helicobacter pylori* EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, 2016”**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

**LICENCIADA EN TECNOLOGÍA MÉDICA CON MENCIÓN EN EL ÁREA
DE LABORATORIO CLÍNICO Y ANATOMÍA PATOLÓGICA**

PRESENTADO POR:

Br. ESTHER MAGALY OLOYA MORENO

ASESOR:

Mg. WILDER ADEMIR REYES ALFARO

TRUJILLO – PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

Br. ESTHER MAGALY OLOYA MORENO

**“HALLAZGOS ENDOSCOPICOS Y SU RELACIÓN CON PRESENCIA DE
Helicobacter pylori EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DE ALTA
COMPLEJIDAD VIRGEN DE LA PUERTA, 2016.”**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica con mención en el Área de
Laboratorio Clínico y Anatomía Patológica por la Universidad Alas
Peruanas.

TRUJILLO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Se Dedicar Este Trabajo a:

A Dios

A mis padres Aurelio Oloya Calderón y María

Moreno Castillo por la confianza que depositan en mí, a mis hermanos Carlos y José Oloya Velezmoro Giovanna Oloya Moreno por su amor, por su apoyo incondicional, por su paciencia durante toda mi carrera y su valiosa enseñanza en el camino de mi vida.

A Ramiro Lecca Torres, por su apoyo y paciencia incondicional durante toda mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Se agradece por su contribución para el desarrollo de esta Tesis a:

A mi asesor Lic. TM. Wilder Reyes, por su apoyo moral y consejo constante en la realización y culminación del presente trabajo.

A mi Alma Mater “UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS” en cuyas aulas recibí todo el conocimiento para la realización profesional.

RESUMEN

Se realizó un estudio **correlacional**, transversal, retrospectivo, para determinar los hallazgos endoscópicos digestivos altos y su relación con nivel de infección por *Helicobacter pylori*; establecer los principales hallazgos endoscópicos digestivos altos, identificar el nivel de infección por *Helicobacter pylori*, y describir los hallazgos endoscópicos altos y niveles de infección de *Helicobacter pylori* en relación a grupo etareo, sexo y procedencia. La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que se atendieron en el servicio de gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – EsSalud en el periodo de enero a diciembre del 2016, a quienes se le realizó endoscopia digestiva alta más biopsia gástrica, y los principales hallazgos endoscópicos digestivos altos encontrados fueron: Gastropatía de cualquier tipo (61.2 %), úlcera péptica (29.9 %), mucosa normal (8.4 %), pólipo gástrico (8.2 %) y adenocarcinoma gástrico (5.3%); la prevalencia de la infección fue de 67.7 %, existiendo asociación estadísticamente significativa entre la infección por *Helicobacter pylori* con úlcera gástrica, gastropatía de cualquier tipo y adenocarcinoma gástrico, gastritis crónica activa, hiperplasia linfoide, metaplasia intestinal y cáncer gástrico y el paciente con mayor riesgo de infección por *Helicobacter pylori* es del sexo femenino (70.5 %), con la edad entre los 40 y 49 (34.3 %) o con 50 a más años (45.6 %) y proveniente del sector urbano (72%).

Palabras clave: Helicobacter Pylori, Endoscopia digestiva alta.

ABSTRACT

A correlational, cross-sectional, retrospective study was carried out to determine the endoscopic findings of the upper gastrointestinal tract and its relationship with the level of infection by *Helicobacter pylori*; establish the main upper digestive endoscopic findings, identify the level of infection by *Helicobacter pylori*, and describe the high endoscopic findings and levels of infection of *Helicobacter pylori* in relation to age group, sex and origin. The sample consisted of all the patients who attended the gastroenterology service of the Hospital Virgen de la Puerta - ESSalud High Complexity in the period from January to December 2016, who underwent upper gastrointestinal endoscopy plus gastric biopsy, and The main digestive endoscopic findings found were: Gastropathy of any kind (61.2%), peptic ulcer (29.9%), normal mucosa (8.4%), gastric polyp (8.2%) and gastric adenocarcinoma (5.3%); the prevalence of infection was 67.7%, there being a statistically significant association between *Helicobacter pylori* infection with gastric ulcer, gastropathy of any type and gastric adenocarcinoma, active chronic gastritis, lymphoid hyperplasia, intestinal metaplasia and gastric cancer and the patient with the highest risk of infection by *Helicobacter pylori* is female (70.5%), with age between 40 and 49 (34.3%) or with 50 more years (45.6%) and from the urban sector. (72%)

Key words: *Helicobacter Pylori*, Upper digestive endoscopy.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION	3
1.1 Planteamiento de Problema:	3
1.2. Formulación del Problema	4
1.2.1. Problema general	4
1.3. Objetivos	4
1.3.1. Objetivo General.....	4
1.3.2. Objetivos Específicos.....	4
1.4. Justificación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes	6
2.1.1. Antecedentes Internacionales	6
2.1.2. Antecedentes Nacionales.....	7
2.2. Bases Teóricas	7
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	9
3.1. Diseño del Estudio.....	9
3.2. Población	9
3.3. Muestra	9
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	9
3.4.1 Criterios de Inclusión.....	9
3.4.2 Criterios de Exclusión	9
3.5 Operacionalización de Variables.....	10
3.5 Procedimientos y Técnicas.....	10
3.5.1 Procedimiento	10
3.6 Plan de Análisis de Datos	11
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	12
4.1. Resultados:.....	12
4.2. Discusión de resultados.....	24
4.3. Conclusiones.....	27

4.4. Recomendaciones.....	28
Referencias Bibliográficas.....	29

INTRODUCCION

La infección por *Helicobacter pylori* (Hp) se considera la más común, afecta a más de la mitad de la población mundial y está asociado a enfermedades graves como ulcera péptica. *Helicobacter Pylori* es una bacteria espiral microaerófilo, Gram negativa, que produce inflamación crónica.¹

La población mundial se encuentra afectado por Hp, siendo una de las infecciones de mayor prevalencia, en los países industrializados, la prevalencia es de 30 – 50% y en países en desarrollo de 50 a 90 % en la población adulta con una prevalencia en niños hasta de 20%.²

El bajo nivel socio económico educativo, condiciones sanitarias insuficientes, hacinamiento, mal control de agua potable, son considerados como factores de alto riesgo para adquirir la infección.²

El Hp es la causa más frecuente de gastritis crónica (90%), siendo el anfitrión el ser humano y se transmite por vía fecal – oral, oral – oral o ambiental; en consecuencia, el bajo nivel socio económico y el hacinamiento se asocian a tasas de colonización más altas.³

La endoscopia alta es un método invasivo que visualiza el tracto digestivo superior, permitiendo el diagnóstico de lesiones ulcerosas, tumorales o malformaciones, pero no brinda una información suficiente ya que no permite el diagnóstico de lesiones superficiales ni asegurar si es maligna o benigna, no brinda información de la presencia de la bacteria *Helicobacter pylori* en la mucosa gástrica.

La evaluación histológica, es un examen que es altamente costoso y que no está disponibles en todos centros de salud ya que solo los hospitales de nivel IV como es el Hospital Alta Complejidad Virgen De La Puerta cuenta con la infraestructura adecuada para el proceso de técnicas de histológicas, pero su principal desventaja es la demora de sus resultados ya tardan entre 15 y 30 días en informarse, lo que significa el tratamiento de un paciente positivo para el germen o que puede administrarse algún tratamiento no requerido en un paciente no portador de la bacteria, en un intento por adelantarse a los resultados

y sometiendo al paciente a todos los efectos secundarios del uso del medicamento, además de retrasar la realización de estudios para otras patologías que el paciente probablemente amerite.⁷ Sin embargo, ninguno se califica como ideal o que cumpla todos los requisitos para las distintas presentaciones clínicas del paciente.

Es por eso que se requiere diseñar una estrategia que, en un país con escasos recursos para la salud como es el nuestro, permitan la detección rápida y eficaz de los pacientes que padecen la infección, con el fin de tratarla de forma oportuna.

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Planteamiento de Problema:

Actualmente existen innumerables estudios epidemiológicos que nos muestran la expansión geográfica de la infección por *Helicobacter pylori* (Hp) asociada o no a enfermedad gastroduodenal.⁴

En el continente de Europa se encuentran los valores más bajos de infección los valores oscilan entre 2 – 50% en diversos grupos de edad, a excepción de España, Italia, Turquía, que tienen prevalencias superiores al 50 %. El continente de África tiene prevalencias altas en todas las franjas de edad, que superan el 80 %, en el continente asiático tiene prevalencias hasta el 90 %, China tiene alta incidencia en cáncer gástrico, pero sus reportes solo muestran el 61% de infección por Hp. Canadá tiene una prevalencia del 95% y Estados Unidos de América menores al 50 %, en México el 80% de mayores de 18 años está afectado, en Latinoamérica hay prevalencias altas en Chile 73%, Perú 90%, Brasil 65% y Colombia 96.3%.⁵

La población mundial se encuentra afectado por Hp, siendo una de las infecciones de mayor prevalencia, en países en vías de desarrollo afectando a la población adulta (50 – 90%) y niños (20%).²

En el Perú, la prevalencia de la infección ha variado, manteniéndose elevada en pacientes de nivel socioeconómico bajo (mayor al 90%) y habiendo disminuido progresivamente, en los niveles socioeconómicos medio y alto (de 83,3% en 1985, 75,1% en 1990, 65 % en 1996, y 58,7% en el 2002)⁶

La asociación entre la infección por Hp y el desarrollo de cáncer gástrico está muy bien establecida. 9,5,7 La Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer ha categorizado el Hp como un carcinógeno del grupo I. En el modelo Coreano de Carcinogénesis Gástrica se ha observado como la mucosa gástrica progresa a través de las etapas de gastritis crónica activa, atrofia glandular, metaplasia intestinal y displasia, previo a desarrollarse el adenocarcinoma gástrico.⁷

Esta situación nos muestra que esta bacteria afecta a la población mundial y nacional, convirtiéndose en un problema ya que el desconocimiento de la prevalencia de esta infección en la población asegurada, así como su asociación o no a alteraciones de la mucosa gástrica.¹⁰

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los hallazgos endoscópicos digestivos altos en relación con nivel de infección por *Helicobacter pylori*, en pacientes atendidos en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, 2016?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Determinar los hallazgos endoscópicos digestivos altos y su relación con nivel de infección por *Helicobacter pylori*.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Establecer los principales hallazgos endoscópicos digestivos altos.
- Identificar el nivel de infección por *Helicobacter pylori*.
- Determinar la relación entre los hallazgos endoscópicos digestivos altos y niveles de infección por *Helicobacter pylori*.
- Describir los hallazgos endoscópicos altos y niveles de infección de *Helicobacter pylori* en relación a grupo etario, sexo y procedencia.

1.4. Justificación

La infección por *Hp* afecta notablemente a la población de países en vías de desarrollo, como el Perú (90 %), afectando la calidad de vida de la población, ya que aumenta el riesgo de contraer cáncer gástrico, que es una de las principales causas de muerte en nuestro país.

Esta tesis tiene la finalidad de obtener información que permita establecer valores que cuantifiquen la realidad de la población del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta afectada por la bacteria de *Hp*, y así poder ejecutar la realización, actualización y divulgación del análisis de salud de la población y poder evaluar la respuesta sectorial intersectorial de los entes competentes, de esta forma podremos evitar el aumento de la prevalencia por esta bacteria para evitar su expresión de daños a la salud, así como los mecanismos de monitoreo y medición de las prácticas seguras sugeridas; además de encontrar la relación entre su nivel de infección con los hallazgos endoscópicos digestivos altos, con la información aquí obtenida se podrán obtener estadísticas de manera que se puedan planificar estrategias profilácticas y/o preventivas para evitar la diseminación de la infección y el aumento de su prevalencia, más aún, si se tiene en cuenta la acción patógena que ejerce sobre la mucosa gastrointestinal en el ser humano.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales

Ledesma y col, 2010, en Cuba, buscaron relacionar la infección por *Helicobacter pylori* con los diagnósticos histológicos encontrados en 213 pacientes. Se comprobó la presencia de la bacteria mediante coloración con fucsina. De acuerdo con el diagnóstico endoscópico se obtuvieron los resultados siguientes: úlcera gástrica maligna 7 (3,65%), cáncer gástrico 7 (3,65%), dispepsia no ulcerosa, incluyendo gastritis crónica, 172 (89,58%). Del total de 213 biopsias gástricas obtenidas, 192 (90,14 %) fueron positivas al diagnóstico histológico de Hp. El estudio permitió el reconocimiento de las alteraciones hísticas de la mucosa gástrica en la infección por esta bacteria.⁷

Pereira, el 2010 en Nicaragua, realizó un estudio histopatológico de los pacientes, teniendo como objetivo describir las principales patologías digestivas altas asociadas a presencia de Hp la asociación entre el hallazgo endoscópico y diagnóstico histopatológico, así como características demográficas de estos pacientes. Se estudió una población de 471 pacientes desde los 12 años hasta 90 años de edad, encontrándose, gastritis crónica 91.3%, gastritis aguda 1.5%, cáncer gástrico 1.7%, úlcera gástrica 0.8 %, esofagitis 1.1%, normal 1.5%, presencia Hp 59.8%.⁸

Pérez, 2104 en Guayaquil - Ecuador, sostuvo en un estudio realizado a 352 pacientes, que la prevalencia de la colonización por Hp en la población en estudio fue de un 38,46 %. La mayoría de los pacientes con colonización gástrica desarrollaron ulceración y permanecieron sintomáticos, histológicamente, observándose alteraciones inflamatorias por vía endoscópica.⁹

2.1.2. Antecedentes Nacionales

Jara L. 2007 – 2010, realizó un estudio con 93 pacientes de los cuales 60 fueron mujeres (64,52%) y 33 varones (35,48%). La media de edad fue de 12 +/-4 años. La frecuencia de Hp fue de 68,82%. En los pacientes con Hp, la principal indicación para endoscopia fue “gastritis”: 50,54% seguido por “dolor abdominal inespecífico”: 24,73%. En los pacientes Hp positivos el diagnóstico endoscópico más frecuente fue: Gastritis nodular: 31 pacientes (33,33%) y el principal hallazgo histopatológico fue Gastritis crónica folicular moderada: 55 pacientes (59,14%).⁶

Villaorduña y col. el 2015, presentó un estudio donde se buscaba al Hp como factor asociado en la aparición de úlceras pépticas. Con una muestra de 264, donde 132 casos y de 132 controles. El Hp tuvo un OR 4.3 (IC 95 % 2,29 -8,11) y una prevalencia de 81%. La prevalencia del sexo femenino fue de 61% y la prevalencia de pacientes sin Hp y con una cruz fue de 39%. Llegando a la conclusión que el Hp es un factor asociado a la presencia de úlceras pépticas.¹¹

2.2. Bases Teóricas

En 1983 Barry Marshal y Robin Warren, premios Nobel de Medicina en el año 2007, dieron a conocer la existencia de un microorganismo del género *Campylobacter*, en la actualidad está bien establecida la relación de Hp con la úlcera, ya que se encuentra presente en el 90% de los casos de úlcera, ya que se encuentra en 90% de los casos de úlcera duodenal y en 70% de la gástrica, también tiene relación con gastritis crónica, de la cual es el causante principal, con linfoma de tipo B de la zona marginal llamado MALT y con cáncer gástrico.²

El Hp induce principalmente a una gastritis antral, caracterizado por un aumento de la producción de ácido con pérdida de los mecanismos de protección normales de la mucosa. Los factores de virulencia por Hp son: La Motilidad mediante flagelos, producción de ureasa, que genera amoniaco, lo que incrementa el pH local, permite la supervivencia e inhibe

el transporte de bicarbonato gástrico, las adhesinas bacterianas para unirse a las células epiteliales.³

El agresor propio del microorganismo es la producción de ureasa, Citocinas, adhesinas y algunas proteínas, como VacA y CagA. La ureasa cataliza la urea y lo transforma en carbonato y amonio, ocasionando toxicidad sobre las células epiteliales. Por otro lado, el antígeno VacA se relaciona con la actividad citotóxica y en consecuencia con daño grave de la mucosa con un mayor grado de reacción inflamatoria y destrucción epitelial. El gen CagA genera a la producción de interleucina 8 por las células del epitelio, lo que contribuye a la infiltración de polimorfonucleares en la mucosa.²

Es importante conocer los métodos de transmisión de la infección para de esta manera poder adoptar medidas encaminadas a prevenir su diseminación y también para poder identificar a la población de alto riesgo, la transmisión por vía fecal -oral es posiblemente la más importante a nivel mundial, pudiendo actuar el agua y los alimentos por este microorganismo como transmisores.¹²

Los métodos diagnósticos de la infección de esta bacteria se han clasificado tradicionalmente en directos e indirectos. Los primeros se basan en la demostración “directa” del microorganismo mediante el estudio de muestras obtenidas por biopsia gástrica, por lo tanto, técnicas que precisan de una endoscopia, generando incomodidad al paciente. Los métodos indirectos se basan en el estudio y la detección de ciertas características de la bacteria (por ejemplo, la capacidad de hidrolizar la urea, propiedad en la que se basa la prueba del aliento) o de la respuesta del sistema inmunitario (medición de anticuerpos específicos). Su ventaja primordial es su carácter no invasor.¹¹

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio de tipo correlacional, retrospectivo de corte transversal.

3.2. Población

Para la realización del presente estudio se incluyeron a todos los pacientes ingresados al servicio de gastroenterología y a la sala de endoscopía del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – Seguro de Salud con hallazgos endoscópicos durante el periodo de enero a diciembre, 2016.

3.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por todos los pacientes que se atendieron en el servicio de gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – EsSALUD en el periodo de enero a diciembre, 2016, a quienes se le realizó endoscopía digestiva alta más biopsia gástrica.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1 Criterios de Inclusión

- Tener 18 años o más.
- Presentar el reporte del resultado endoscópico con 1 o más diagnósticos.
- Resultados de biopsia compatible con infección por *Helicobacter pylori*.

3.4.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con antecedentes de cáncer gástrico, cirugía gástrica previa, hemorragia digestiva reciente.
- Enfermedad crónica descompensada (Cirrosis, Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, diabetes mellitus, etc.)

3.5 Operacionalización de Variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Hallazgo endoscópico	Es la toma de muestras de células y tejidos con cepillo o pinzas de biopsia. Los endoscopios equipados con ultrasonido (ecografía endoscópica) permiten evaluar el flujo sanguíneo u obtener imágenes de lesiones mucosas, submucosas o extraluminales.	salud	Diagnostico	Normal Úlcera péptica gastropatía adenocarcinoma Pólipo gástrico
Helicobacter Pylori	Bacilo Gram negativo de la mucosa gástrica.	Biológica	Diagnostico	Positivo Negativo
Edad	Cantidad de años	etareo	edad	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50 años a mas
Sexo	Genero del individuo	Biológica	genero	Femenino masculino

3.5 Procedimientos y Técnicas

3.5.1 Procedimiento

La endoscopia y la toma de muestras fueron tomadas en el consultorio de Gastroenterología – Sala de endoscopia del hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta.

Endoscopia - Gastroscopia

Las endoscopias fueron realizadas por el médico de turno usando el siguiente material endoscópico:

- Video gastroscopio marca Olympus modelo GIF-140
- Pinzas de biopsias redondas con apertura de 5 mm
- Boquillas

Además, se cumplió estrictamente el proceso de desinfección del equipo de endoscopia de acuerdo al manual de la Sociedad Americana y Europea de endoscopia digestiva.

Las pinzas de biopsia se sometieron a desinfección con glutaraldehído al 2%.

El diagnóstico endoscópico fue evaluado siguiendo la clasificación de Sydney, la cual correlaciona el aspecto endoscópico y topográfico del estómago.¹²

Estudio histológico

El estudio histológico de todas las biopsias gástricas fue realizado en el servicio de Anatomía Patológica del mismo hospital. La lectura fue realizada por los patólogos del servicio quienes no tienen conocimiento de los resultados de la endoscopia.

Para el estudio histológico se tomaron de igual forma dos muestras una de antro y otra de cuerpo, siendo conservadas las muestras en formaldehído al 10 %. Todas las muestras fueron procesadas a las 24 horas de haber sido tomadas.

Se consideró examen positivo si se visualizaba microorganismos espiralados en la superficie de la mucosa con la tinción realizada.

El grado de inflamación de la mucosa fue evaluada siguiendo la clasificación de Sydney¹² con una división histológica de tipo tipológico teniendo en cuenta el grado y el tipo infiltrado inflamatorio (Agudo o crónico), así como su distribución.

3.6 Plan de Análisis de Datos

Se ejecutó mediante tablas estadísticas registradas en una base de datos del software informáticos SPSS versión 22.00 y Microsoft Excel.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados:

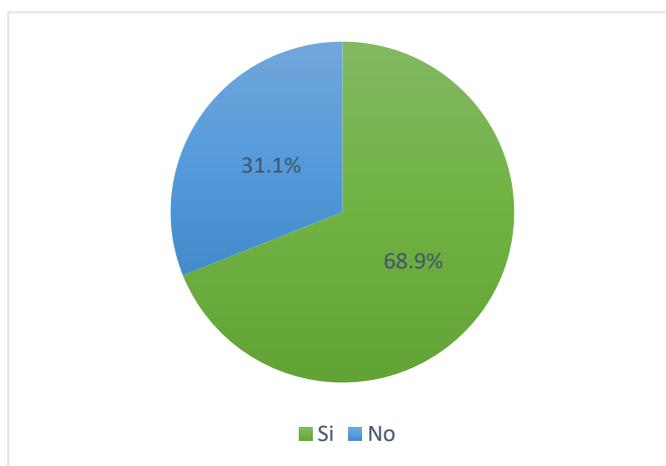
Tabla Nº 1: Frecuencias de endoscopias – biopsias realizadas en los pacientes atendidos en servicio de gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENDOSCOPIA - BIOPSIA	Si	1625	68.9
	No	732	31.1
	Total	2357	100.0

FUENTE: Base de datos

ELABORACIÓN: El autor

Gráfico Nº 1: Frecuencias de endoscopias – biopsias realizadas en los pacientes atendidos en servicio de gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



Entre enero y diciembre de 2016 acudieron al servicio de gastroenterología del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta, 2357 pacientes portadores de patología gástrica, de los cuales a 1625 (68.9 %) pacientes se les realizó endoscopia digestiva alta (EDA) más biopsia gástrica.

Tabla N° 2: Frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* de los pacientes en quienes se realizaron endoscopia – biopsia del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

			FRECUENCIA	PORCENTAJE
INFECCIÓN <i>Helicobacter pylori</i>	POR	POSITIVO	1100	67.7
		NEGATIVO	525	32.3
		TOTAL	1625	100.0

FUENTE: Base de datos

ELABORACIÓN: El autor

Gráfico N° 2: Frecuencia de infección por *Helicobacter pylori* de los pacientes en quienes se realizaron endoscopia – biopsia del Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



De los 1625 pacientes a quienes se les realizó endoscopia digestiva alta más biopsia, 1100 (67.7 %) presentaron infección por *Helicobacter pylori*.

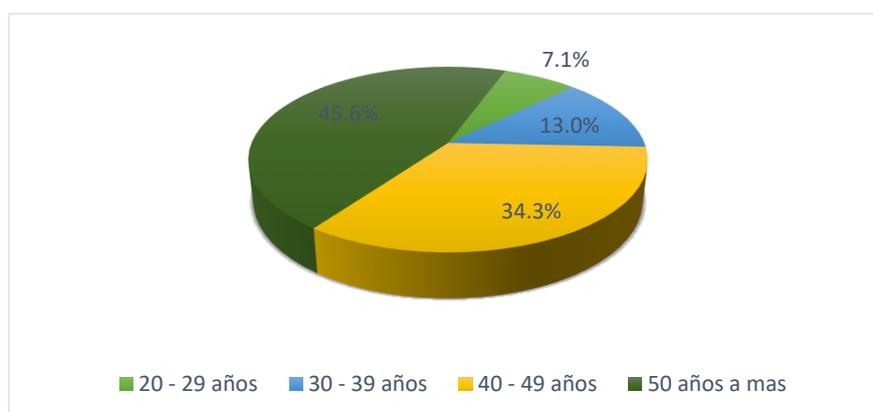
Tabla N° 3: Distribución según grupos etarios de pacientes con infección por *Helicobacter pylori*. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
GRUPOS DE EDAD	20 - 29 años	78	7.1
	30 - 39 años	143	13.0
	40 - 49 años	377	34.3
	50 años a mas	502	45.6
	TOTAL	1100	100.0

FUENTE: Base de datos

ELABORACIÓN: El autor

Gráfico N° 3: Distribución según grupos etarios de pacientes con infección por *Helicobacter pylori*. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

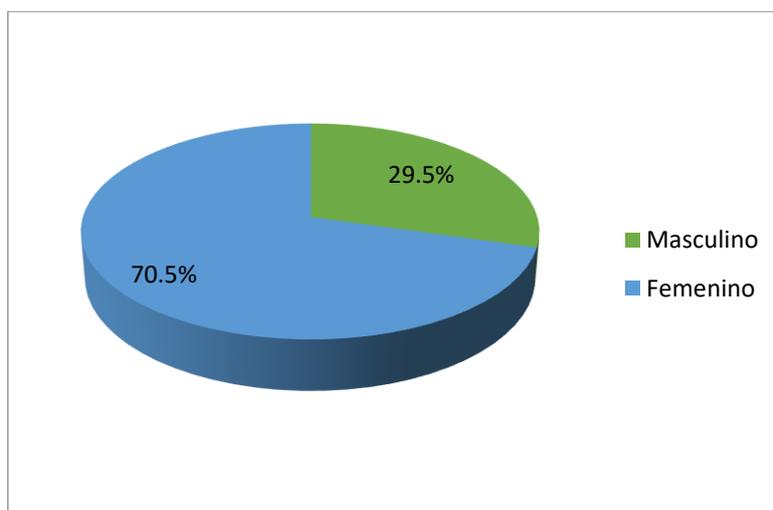


De los 1100 pacientes que presentaron infección positiva para *Helicobacter pylori*, 45.6 % se encuentran en el grupo etario de 50 o más y 34.3 % en el grupo de 40 a 49 años; observando que la infección en la población a partir de los 40 años.

Tabla N° 4: Distribución según sexo de pacientes con infección por *Helicobacter pylori*. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Masculino	324	29.5
	Femenino	776	70.5
	TOTAL	1100	100.0

Gráfico N° 4: Distribución según sexo de pacientes con infección por *Helicobacter pylori*. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



La infección por *Helicobacter pylori* afecta en mayor frecuencia al sexo femenino, (70.5 %), y en los pacientes masculinos en menor proporción (29.5 %).

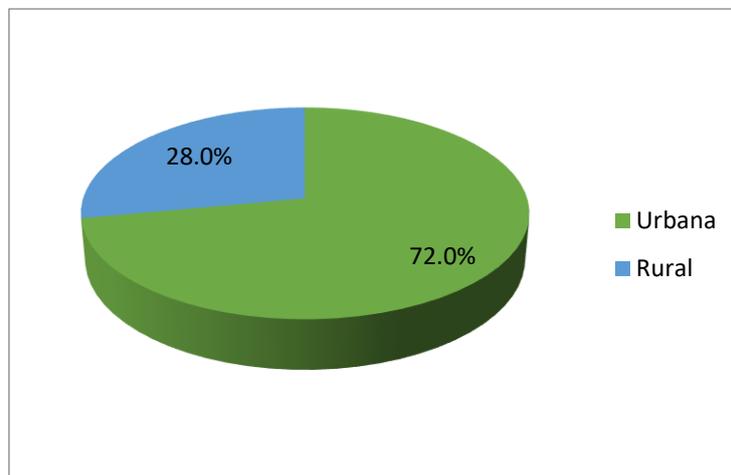
Tabla N° 5: Distribución según lugar de residencia de pacientes con infección por *Helicobacter pylori*. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

		FRECUENCIA	PORCENTAJE
LUGARES RESIDENCIA	DE Urbana	792	72.0
	Rural	308	28.0
	TOTAL	1100	100.0

FUENTE: base de datos

ELABORACIÓN: El autor

GRÁFICO N° 5: Distribución según lugar de residencia de pacientes con infección por *Helicobacter pylori*. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



La infección por *Helicobacter pylori* afecta a la población del área urbana 72.0 % y solo el 28.0 % provienen del área rural.

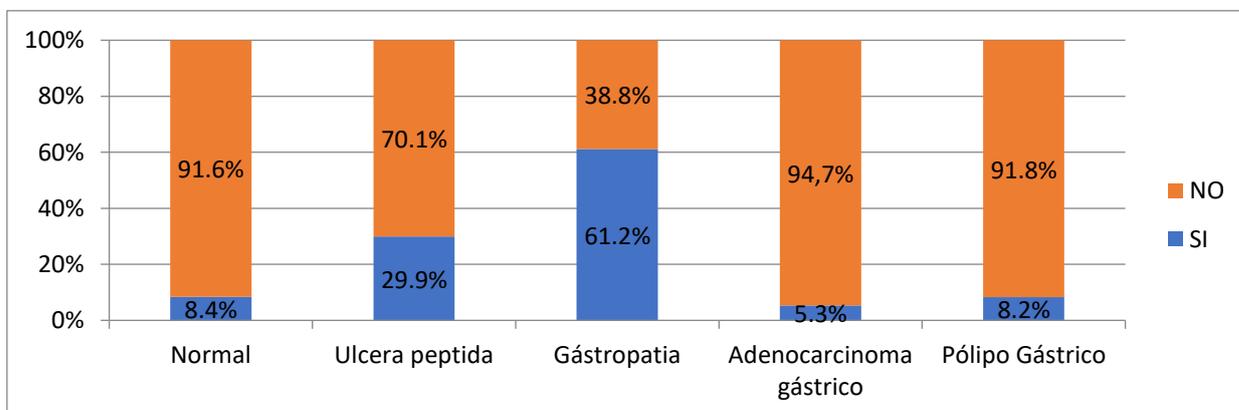
Tabla N° 6: Distribución según hallazgos endoscópicos reportados en pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

		SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE	TOTAL
DIAGNOSTICOS ENDOSCÓPICO	Normal	136	8.4	1489	91.6	1625
	Úlcera péptica	486	29.9	1139	70.1	1625
	Gastropatía	994	61.2	631	38.8	1625
	Adenocarcinoma gástrico	86	5.3	1539	94.7	1625
	Pólipo Gástrico	134	8.2	1491	91.8	1625

FUENTE: base de datos

ELABORACIÓN: El autor

Gráfico N° 6: Distribución según hallazgos endoscópicos reportados en pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



Los diagnósticos endoscópicos fueron: gastropatía de cualquier tipo 61.2 %, úlcera péptica 29.9 %, mucosa gástrica normal 8.4 %, pólipo gástrico 8.2 % y adenocarcinoma gástrico 5.3 %.

Tabla N° 7: Distribución según la asociación entre *Helicobacter pylori* y patología gástrica diagnosticada por endoscopia en los pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

	ULCERA PEPTICA		GASTROPATIA		ADENOCARCINOMA		POLIPO GASTRICO	
	N	%	N	%	N	%	N	%
	<i>Helicobacter pylori</i> POSITIVO	431	88.7	918	92.4	86	100.0	75
<i>Helicobacter pylori</i> NEGATIVO	55	11.3	76	7.6	0	0.0	59	44.0
TOTAL	486	100.0	994	100.0	86	100.0	134	100.0

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

ELABORACIÓN: El autor

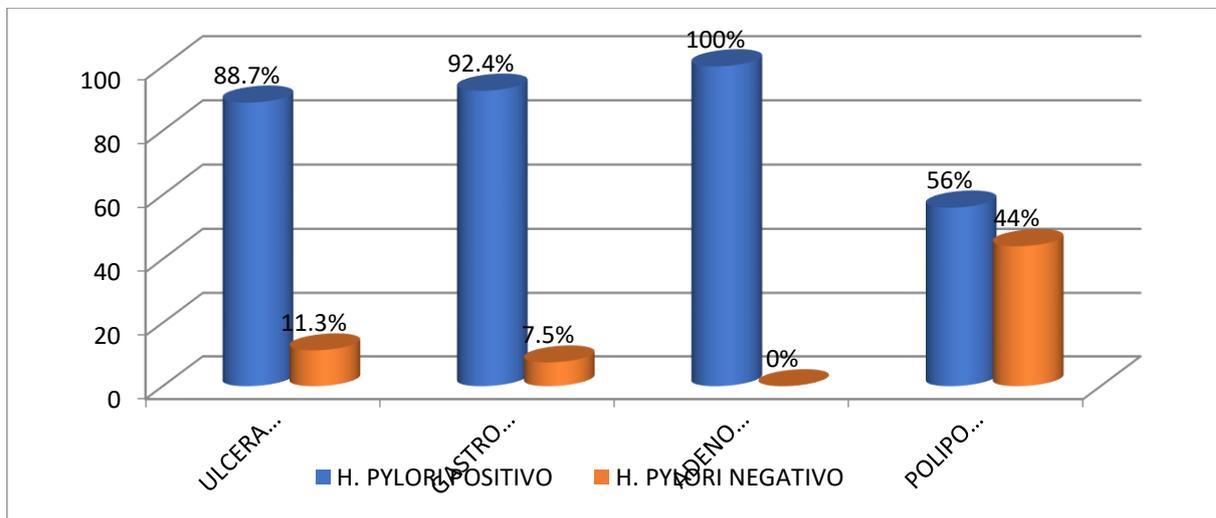
Tabla N° 7 y 8: Distribución según la asociación entre patología gástrica y *Helicobacter pylori* diagnosticada por endoscopia en los pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

PATOLOGÍA GÁSTRICA			H. PYLORI POSITIVO		H. PYLORI NEGATIVO	
			FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
			Ulcera péptica	SI	431	39.2
NO	669	60.8		470	89.5	
Gastropatía	SI	918	83.5	76	14.5	
	NO	181	16.5	450	85.7	
Adenocarcinoma gástrico	SI	86	7.8	0	0.0	
	NO	1014	92.2	525	100.0	
Pólipo Gástrico	SI	75	6.8	59	11.2	
	NO	1025	93.2	466	88.8	

FUENTE: Ficha de recolección de datos.

ELABORACIÓN: El autor

Gráfico N° 7: Distribución según la asociación entre *Helicobacter pylori* y patología gástrica diagnosticada por endoscopia en los pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



El *Helicobacter pylori* está presente en el 88.7 % de los pacientes con úlcera péptica, en el 92.4 % de los pacientes con gastritis, en el 100.00 % de los pacientes con adenocarcinoma gástrico y en el 56 % de los pacientes con pólipo gástrico.

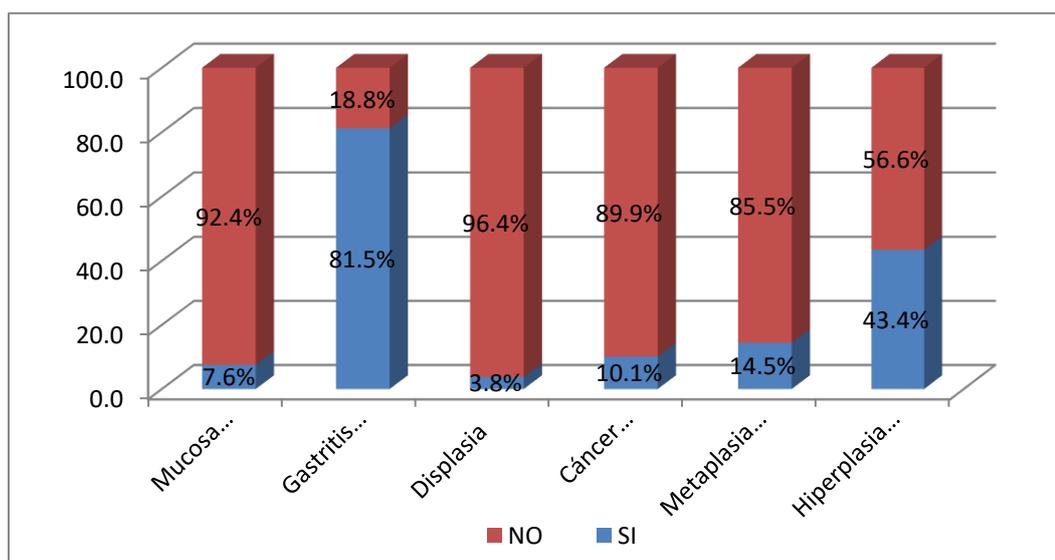
Tabla Nº 9: Distribución según hallazgo histológico reportado en los pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta –2016.

		SI	%	NO	%	TOTAL
DIAGNOSTICOS ENDOSCÓPICO	Mucosa gástrica normal	123	7.6	1502	92.4	1625
	Gastritis crónica activa	1320	81.2	305	18.8	1625
	Displasia	61	3.8	1564	96.2	1625
	Cáncer gástrico	164	10.1	1461	89.9	1625
	Metaplasia intestinal	235	14.5	1390	85.5	1625
	Hiperplasia linfoide	706	43.4	919	56.6	1625

FUENTE: Base de datos

ELABORACIÓN: El autor

Gráfico Nº 9: Distribución según hallazgo histológico reportado en los pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



Los diagnósticos histológicos fueron: gastritis crónica activa 81.2 %, hiperplasia linfoide 43.4 %, metaplasia intestinal 14.5 %, cáncer gástrico 10.1 %, mucosa gástrica normal 7.6 % y displasia 3.8 %.

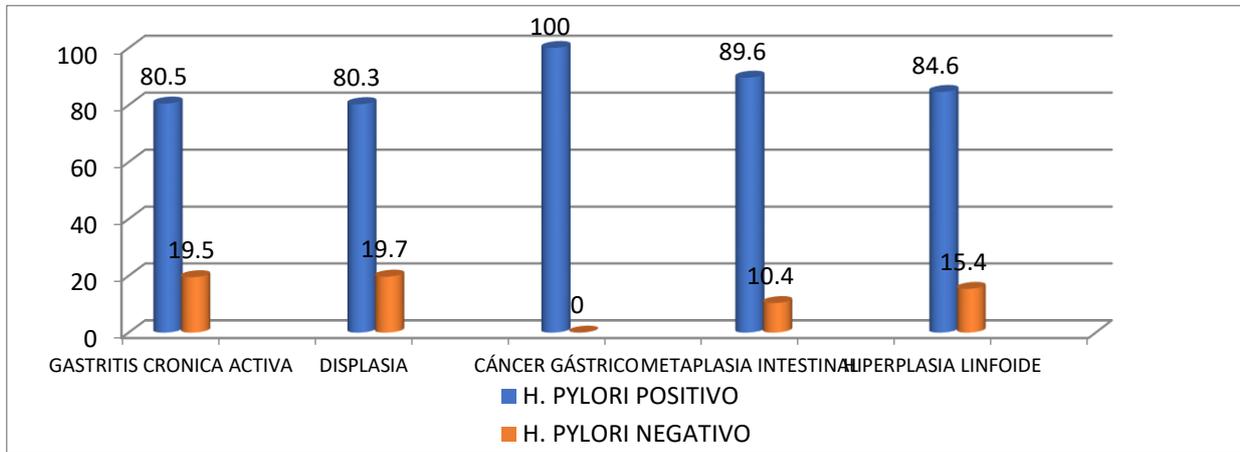
Tabla N° 10: Distribución según asociación entre *Helicobacter pylori* y patología gástrica diagnosticada por histopatología en los pacientes investigados. Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

	GASTRITIS CRONICA ACTIVA		DISPLASIA		CÁNCER GÁSTRICO		METAPLASIA INTESTINAL		HIPERPLASIA LINFOIDE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	<i>Helicobacter pylori</i> POSITIVO	1062	80.5	49	80.3	143	100.0	112	89.6	597
<i>Helicobacter pylori</i> NEGATIVO	258	19.5	12	19.7	0	0.0	13	10.4	109	15.4
TOTAL	1320	100.0	61	100.0	143	100.0	125	100.0	706	100.0

FUENTE: base de datos

ELABORACIÓN: El autor

Gráfico N° 10: Distribución según asociación entre *Helicobacter pylori* y patología gástrica diagnosticada por histopatología en los pacientes investigados, en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.



El *Helicobacter pylori* afecta al 80.5 % de los pacientes con gastritis crónica activa, al 80.3 % de los pacientes con displasia, al 100.0 % de los pacientes con cáncer gástrico, al 89.6 % de los pacientes con metaplasia intestinal y al 84.6 % de los pacientes con hiperplasia linfoide.

Tabla N° 11: Distribución según asociación entre patología gástrica y *Helicobacter pylori* por diagnosticada histopatología en los pacientes investigados. Hospital de alta Complejidad Virgen de la Puerta – 2016.

			<i>Helicobacter pylori</i> POSITIVO		<i>Helicobacter pylori</i> NEGATIVO	
			FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
PATOLOGÍA GÁSTRICA	Gastritis crónica activa	SI	1062	96.5	258	49.1
		NO	38	3.5	267	50.9
	Displasia	SI	49	4.5	12	2.3
		NO	1051	95.5	513	97.7
	Cáncer gástrico	SI	143	13.0	0	0.0
		NO	957	87.0	525	100.0
	Metaplasia intestinal	SI	112	10.2	13	2.5
		NO	988	89.8	512	97.5
	Hiperplasia linfoide	SI	597	54.3	109	20.8
		NO	503	45.7	416	79.2

FUENTE: Base de datos

ELABORACIÓN: El autor

En el diagnostico histopatológico el *Helicobacter pylori* se asocia con gastritis crónica activa (96.5%), displasia (95.5 %), cáncer gástrico (87%), hiperplasia linfoide (54.3%) y displasia (4.5%).

4.2. Discusión de resultados

De los 1625 pacientes a quienes se les realizó endoscopia digestiva alta y biopsia, el 67.7 % presentó infección por Hp (Tabla 1).

Coello B. 2010, en su estudio realizado en Ecuador, concluye que de los 141 pacientes que se realizaron endoscopia y biopsia, el 69.5 % presentaron infección por Hp.¹⁴

Rodríguez S y Otero P. el 2008, Caracas, encontraron que, de 158 pacientes, el 82.1% presentan infección por Hp. Estas cifras se asemejan a la prevalencia encontrada en el presente estudio (67.7%) ya que países en vías de desarrollo se encuentra prevalencias entre el 60 % y 70 % y llega al 90 %.¹⁵

De los 1100 pacientes que presentaron infección positiva por Hp, 45.6% se encuentran en el grupo etario de 50 a más y el 34.3% en el grupo de 40 – 49 años. (Tabla 2)

Correa S, Cardona A. y col. 2016. Medellín, Colombia, en su estudio realizado en una población 2708 pacientes, el 63,8% está afectado por la infección de Hp y la edad promedio de la población afectada es de 51,3 años.¹⁶

Coello B. 2010, en su estudio realizado en Ecuador, en su estudio concluye que de los 98 pacientes que tienen infección por *Helicobacter pylori*, el 44.9% se encuentra en dentro del grupo etario de 50 años a más y 38.7% en el grupo de 40 a 49 años.¹⁴

Esto pone de manifiesto que los datos encontrados en la presente tesis, se relacionan con otros estudios realizados concluyendo que infección por *Helicobacter pylori* afecta mayormente a la población adulta a partir de la cuarta década de vida.

Los datos obtenidos en nuestra investigación demuestran la frecuencia más alta de infección por *Helicobacter pylori* en el sexo femenino con 776 pacientes, lo cual representa un 70.5 %, sobre el sexo masculino con 324 pacientes que representa el 29.5 %. (Tabla 3).

Rodríguez S, Otero P. 2008, Caracas, encontró una prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* fue de 82,1%, constituidos por 158 pacientes, de los cuales 50 (31,65%) pacientes pertenecían al género masculino y 108 (68,35%) al género femenino.¹⁵

Villaorduña M. el 2017, en Lima, Perú, concluye que el *Helicobacter pylori* afecta mayormente al sexo femenino en un 61%.¹¹

Aunque se encontró resultados similares indicando que el sexo femenino tiene mayor prevalencia que el sexo masculino, parece no ser una cuestión importante ya que existen literaturas que muestran variaciones similares.

Los diagnósticos endoscópicos reportados según su frecuencia de presentación son gastropatía de cualquier tipo 61.2 %, úlcera péptica 29.9 %, mucosa gástrica normal 8.4 %, pólipo gástrico 8.2 % y adenocarcinoma gástrico 5.3 %, y los diagnósticos histológicos encontrados según su frecuencia de presentación son gastritis crónica activa 81.2 %, hiperplasia linfoide 43.4 %, metaplasia intestinal 14.5 %, cáncer gástrico 10.1 %, mucosa gástrica normal 7.6 % y displasia 3.8 %. El diagnóstico endoscópico con mayor frecuencia fue gastropatía (61.2%) y el 92 % asociado a *Helicobacter pylori*, en el caso de úlcera péptica (29.9%) el 88.7 % está asociado a esta bacteria.

El diagnóstico histológico reportado más frecuente fue gastritis crónica activa con 81.2% y asociada a *Helicobacter pylori* 80.5 %, hiperplasia linfoide 43.4% y asociada la bacteria 84.6%. y metaplasia intestinal 14.5% y el 89.6 de esta patología se encuentra asociada a *Helicobacter pylori*.

Ledezma z, y col. Encontró que los diagnósticos histológicos en 213 pacientes fueron: úlcera gástrica maligna 7 (3,65%), cáncer gástrico 7 (3,65%), dispepsia no ulcerosa, incluyendo gastritis crónica, 172 (89,58%). Del total de 213 biopsias gástricas obtenidas, 192 (90,14 %) fueron positivas al diagnóstico histológico de *H. pylori*. El estudio permitió el reconocimiento de las alteraciones hísticas de la mucosa gástrica en la infección por esta bacteria.

Pereira, 2009, Nicaragua, reportó Gastropatía (de todo tipo) 56.30 %, úlcera péptica 9.10 %, cáncer gástrico 2.80 % endoscopia normal 18.30 %.⁸

Pereira, 2009, Nicaragua, en el periodo 2008 – 2009 se reporta a la gastritis crónica como hallazgo histológico más frecuente con el 91.3 %.¹⁷

El Hp es la causa principal para el desarrollo de ulcera péptica y constituye un cofactor primordial en el desarrollo del adenocarcinoma y linfoma gástricos. El cáncer gástrico (adenocarcinoma en su mayoría) se asoció con la presencia de Hp.

4.3. Conclusiones

- Los principales hallazgos endoscópicos digestivos altos encontrados fueron: Gastropatía de cualquier tipo (61.2 %), úlcera péptica (29.9 %), mucosa normal (8.4 %), pólipo gástrico (8.2 %) y adenocarcinoma gástrico (5.3%).
- El nivel de infección por *Helicobacter pylori* en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la puerta de Trujillo en el periodo enero – diciembre 2016 fue de 67.7 %.
- Los niveles de infección de infección por Hp asociados a hallazgos endoscópicos altos fueron: Gastritis crónica activa 80.5%, displasia 80.3%, cáncer gástrico, 100 % metaplasia intestinal 89,6 % hiperplasia linfoide 84.6%.
- El paciente con mayor riesgo de infección por Hp es del sexo femenino (70.5 %), con la edad entre los 40 y 49 con (34.3 %) o con 50 a más años (45.6 %) y proveniente del sector urbano, (72%).

4.4. Recomendaciones

- Promover a la elaboración de normas y protocolos de higiene para evitar y prevenir la infección por Hp.
- Brindar información a la población acerca de la infección de Hp y sus complicaciones y así evitar sus complicaciones.
- Se recomienda dar a conocer a las autoridades pertinentes de salud acerca de las investigaciones que se realizan acerca del tema para que, en integración con gastroenterólogos, oncólogos, y patólogos se elabore programas viables de prevención secundaria en población sintomática para detectar en forma incipiente el cáncer gástrico.
- Promover en el Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta el seguimiento de los casos de pacientes diagnosticados de patología gástrica mediante endoscopia digestiva alta y biopsia de la mucosa gástrica y así evitar la evolución de las complicaciones

Referencias Bibliográficas

1. Ugalde J, Zamudio M, Diaz C. Tratado De Cirugía General. En Morales J.2 (3) México, EL Manual Moderno; 2016: 2340p.
2. Garcia D, Maldonado H. Gastroenterología y Hepatología. Manual Moderno, 2ed.2017
3. Robbins Cotran Patología Estructural y Funcional. 9ed.
4. De Pardo E. *Helicobacter Pylori*: un problema actual. Gaceta Medica boliviana Cochabamba; 2013; 36(2). Disponible en : http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662013000200013
5. Armas L. Prevalencia de *Helicobacter Pylori* según el resultado de la prueba de ureasa rápida y su asociación con alteraciones de la mucosa gástrica en pacientes que asistieron a realizarse endoscopia en cuatro consultorios médicos de Valledupar durante el año 2007. [Tesis para optar el título de Magíster en Salud Pública]. Bogotá, Colombia: consultorios médicos de Valledupar, Universidad Nacional de Colombia; 2011. 103p.
6. Jara L, Sánchez C, y col Frecuencia de *Helicobacter pylori* y características clínicas en niños con endoscopia digestiva alta de un hospital de Lambayeque: 2007 – 2010. Rev. cuerpo méd. HNAAA. Lambayeque; 2013; 6(3): 28-32p.
7. Ledesma Z, Gutiérrez B. y col. Diagnóstico histológico de la infección por *Helicobacter pylori* en Pinar del Río, Cuba. VacciMonitor. Habana, Cuba;2010; 19 (2)
8. Pereira C. *Helicobacter pylori*, Patologías Endoscópicas Altas y Asociación Entre Hallazgos Endoscópicos e Histopatológicos En el He Odra en el Periodo Comprendido de enero 2008 a noviembre 2009. [Tesis para Título de Especialista en Cirugía General] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2010.
9. Pérez B. Prevalencia de Patologías Gástricas Asociadas a *Helicobacter pylori* en Pacientes Atendidos en el Centro Médico Medical. Propuesta de Medidas preventivas. [Tesis Para Optar por el Grado de Magister en Salud Pública] Guayaquil, Ecuador: Centro Médico. Medical- Ecuador; 2014, 45p.

10. Rodrigues F. Cáncer Gástrico y su relación con *Helicobacter Pylori*. Revista Médica de Costa Rica y Latinoamérica; 2014: LXX1 (609) 5-7p.
11. Villaorduña M. *Helicobacter Pylori* asociado a la Úlcera Péptica en Pacientes Atendidos en el Hospital Vitarte en el año 2015. [Tesis para Título Profesional de Médico Cirujano] Lima, Perú: Hospital Vitarte; 2015.
12. Gisbert Infección por *Helicobacter Pylori*. Madrid. CIBERThd. 281-290p
13. Sánchez F, Taxomera C. y col. Prevalencia de la infección por *Helicobacter pylori* en población sana en la Comunidad de Madrid. Revista. Española de. Enfermedades. Digestivas, 2007.99(9). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082007000900003
14. Coello B. Patología Gástrica Asociada a *Helicobacter pylori* En Pacientes Atendidos en el Servicio de Gastroenterología del Hospital Provincial General de Lutaçanga [Tesis para optar Título de Médico General] Riobamba, Ecuador; 2010. 77p.
15. Rodríguez S. Otero P. y col. Prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* en una Población del Estado Nueva Esparta. Correlación Clínica, Endoscópica y Anatomopatológica. Gen; 2008. Vol. 62(4).
16. Correa S, Cardona A. y col. Prevalencia de *Helicobacter pylori* y características histopatológicas en biopsias gástricas de pacientes con síntomas dispépticos en un centro de referencia de Medellín, Rev. Col. Gastroenterol, Colombia; 2014; 9-15 p.
17. Pereira C. *Helicobacter pylori*, Patologías Endoscópicas Altas y Asociación Entre Hallazgos Endoscópicos e Histopatológicos En el He Odra en el Periodo Comprendido de enero 2008 a noviembre 2009. [Tesis para Título de Especialista en Cirugía General] Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2010