

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR



TRABAJO DE GRADACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MEDICO

FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE DIAGNOSTICO DE  
HELICOBACTER PYLORI POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES  
ADULTOS DE 25 A 55 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO  
ARTEAGA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2017

AUTORA:

SILVIA DANIELA BUSTOS IÑIGUEZ

DIRECTOR:

DR. MIGUEL FERNANDO CORNEJO

ASESOR:

DR. ESTEBAN TOTACHI

CUENCA-ECUADOR

2017

DEDICATORIA:

*Este trabajo dedico principalmente a mis tres pilares fundamentales de mi vida, quienes hicieron posible cumplir una nueva etapa de mi vida, a nuestro padre celestial Dios que día a día derrama bendiciones, haciendo posible cada uno de mis logros, a mi mamita y a mi hija que son la base de mi existencia, y fuente de fortaleza para seguir adelante.*

AGRADECIMIENTO:

*Mi agradecimiento es para todos quienes han conformado parte de mi carrera, a mi familia, que son los que me han acompañado en cada una de mis fortalezas y debilidades, los que estuvieron siempre para darme una mano con su don de gente y cariño.*

## **RESPONSABILIDAD**

Los criterios vertidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

---

SILVIA DANIELA BUSTOS IÑIGUEZ  
C.I. 0106524960

# ÍNDICE

RESUMEN .....	7
ABSTRACT.....	9
1. CAPITULO I .....	11
1.1. INTRODUCCIÓN .....	11
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.3. JUSTIFICACIÓN.....	14
2. CAPITULO II .....	15
2.1. ANTECEDENTES .....	15
2.2. CONCEPTO.....	16
2.3. EPIDEMIOLOGIA .....	16
2.4. PATOGENIA .....	17
2.5. TRANSMISIÓN DE H. PYLORI.....	18
2.6. DIAGNOSTICO.....	18
2.7. PREVENCIÓN .....	21
2.8. CLÍNICA.....	21
2.9. TRATAMIENTO.....	23
3. CAPITULO III .....	25
3.1. HIPÓTESIS.....	25
3.2. OBJETIVOS.....	25
3.2.1. GENERAL.....	25
3.2.2. ESPECÍFICOS .....	25
4. CAPITULO IV .....	26
4.1. DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO .....	26
4.1.1. TIPO DE ESTUDIO.....	26
4.1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN .....	26
4.1.3. DEFINICIONES OPERACIONALES .....	26
4.1.4. UNIVERSO DE ESTUDIO .....	26
4.1.5. UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN .....	26
4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN .....	27
4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN .....	27
4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	27

4.3.	MÉTODOS E INSTRUMENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN.....	27
4.3.1.	MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	27
4.3.2.	TÉCNICA.....	28
4.3.3.	PROCEDIMIENTO PARA LA CORRELACIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS A UTILIZAR 28	
4.3.3.1.	TABLAS .....	28
4.3.3.2.	MEDIDAS ESTADÍSTICAS .....	28
4.4.	PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS .....	29
4.5.	VARIABLES.....	29
4.5.1.	OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES .....	29
	OPERACIONALIZACIÓN .....	29
4.6.	CRONOGRAMA.....	32
4.7.	RECURSOS Y PRESUPUESTO .....	32
5.	CAPITULO V.....	33
5.1.	RESULTADOS .....	33
5.1.1.	CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO.....	33
5.1.2.	CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	33
5.1.3.	ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	34
6.	CAPITULO VI .....	44
6.1.	DISCUSIÓN.....	44
7.	Capítulo VII.....	46
7.1.	CONCLUSIONES .....	46
7.2.	RECOMENDACIONES .....	46
	BIBLIOGRAFÍA.....	48
	ANEXOS.....	50

## RESUMEN

Uno de los principales problemas a nivel mundial, en especial en países en vías de desarrollo son las enfermedades gastrointestinales que se encuentran relacionados en su gran mayoría a la presencia de bacterias comunes, asociadas a factores socioeconómicos, geográficos, entre otros. Esta problemática es consecuente a una mala calidad de vida, a hábitos inadecuados, considerando una situación de gran prevalencia la afectación gastrointestinal por estos patógenos, como resultado se creará condiciones desfavorables en la salud de la persona que a futuro dificultará un correcto desempeño diario.

Una de las afecciones gástricas más importantes en el mundo es la causada por el *Helicobacter pylori*, hoy en día existe diversos estudios que dan a conocer a ciencia cierta todo lo relacionado con este germen, a pesar de lo mencionado lastimosamente solo prestamos atención a nuestro sistema digestivo al manifestarse a través de diferentes síntomas y signos viéndose obligados a buscar ayuda médica, mientras tanto continuamos con la ingesta de muchos alimentos y malos hábitos sanitarios que pueden ser fuente infecciosa sin preocuparnos del impacto que puedan tener en nuestro bienestar digestivo.

### OBJETIVO:

Determinar la frecuencia y características clínicas de diagnóstico de *H. pylori* por endoscopia digestiva alta en pacientes adultos de 25 a 55 años de edad en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo enero – junio 2017

### METODOLOGÍA:

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, de campo, cuantitativo, retrospectivo de corte transversal, aplicado a los pacientes con diagnóstico de *H. pylori* diagnosticados por medio de endoscopia y toma de muestras gástricas que acudieron a consulta externa en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca. La muestra fue no probabilística consecutiva; se aplicó un formulario de

recolección en base a las variables socio demográfico y a variables de estudio a 167 pacientes previo consentimiento informado, además se utilizó el sistema informático AS400 para la corroboración de información. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS 15.00 versión evaluación. Los resultados se presentaron en tablas simples y de doble entrada, la asociación entre variables se determinó mediante Chi-Cuadrado de Pearson.

## RESULTADOS:

La frecuencia de pacientes diagnosticados de H. pylori por medio de endoscopia con toma de muestras fue de 17.4% (29 casos), siendo epigastralgia la sintomatología más frecuente con un 92.8% de los pacientes, seguida de pirosis con un 76.0%

## CONCLUSIÓN:

Respecto al diagnóstico de H. pylori se determinó que es poco frecuente la detección por medio de endoscopia digestiva alta, además se determinó que los síntomas clínicos más característicos asociados a esta enfermedad son epigastralgia y pirosis

## PALABRA CLAVE:

Endoscopia, Epigastralgia, Helicobacter pylori, Patogenia, Gérmenes, Pirosis, Diagnostico, Sintomatología, Microorganismos

## ABSTRACT

One of the main worldwide problems, especially in developing countries, is gastrointestinal diseases, which are mostly related to the presence of common bacteria associated with socioeconomic and geographic factors, among others. This problem is a consequence of a poor quality of life, being considered a situation of great prevalence the gastrointestinal involvement by these pathogens, giving unfavorable results in the health of the person hindering a correct daily performance.

The gastric affections by *Helicobacter pylori* is a reality, today we know for sure the different pathologies related to this germ, pitifully we only pay attention to our digestive system when it begins to manifest itself through different symptoms and signs that force us to seek medical help, meanwhile we continue with the intake of many foods that can be infectious source without worrying about the effect they may have on our digestive health.

### METHODOLOGY:

This is a descriptive, quantitative, retrospective cross-sectional study applied to patients diagnosed with *H. pylori* diagnosed by means of endoscopy who attended an outpatient visit at the Jose Carrasco Arteaga Hospital in Cuenca city. The sample was non-probabilistic consecutive; A collection form was applied based on sociodemographic variables and study variables to 167 patients with prior informed consent. The AS400 computer system was used for corroboration of information. The data were processed in the statistical program SPSS 15.00 version evaluation. The results were presented in simple and double-entry tables, the association between variables was determined by Chi-Cuadrado de Pearson.

## RESULTS:

The frequency of patients diagnosed with H. pylori by means of endoscopy was 17.4% (29 cases), with epigastralgia being the most common symptom with 92.8% followed by heartburn with 76.0%

## CONCLUSIONS:

Within the diagnosis of H. pylori, it was determined that the detection by means of upper digestive endoscopy is infrequent, and that the most characteristic associated clinical symptoms are epigastralgia and heartburn

## KEYWORDS:

Endoscopy, Epigastralgia, Helicobacter Pylori, Patogenia, Germenes, Heartburn, Diagnosis, Symptomatology, Microorganisms

# CAPITULO I

## 1.1. INTRODUCCIÓN

En general la comunidad médica ha identificado que el *H. pylori* se considera una bacteria causante de úlcera péptica, y es el responsable de la gran mayoría de úlceras a nivel de estómago y duodeno, gastritis crónica atrófica, duodenitis, Cáncer de estómago y linfoma de MALT. Anteriormente se conocía que las bacterias no eran capaces de sobrevivir al medio ácido del estómago, mediante varios estudios se ha demostrado lo contrario como el que expuso Marshall, que consistió en beber un cultivo de *H. pylori*, lo cual ocasionó el desarrollo de una gastritis, logrando recobrar la bacteria de su propio revestimiento estomacal; tiempo después Marshall Warren descubrió que los antibióticos lograron un resultado efectivo actuando a nivel del desarrollo del agente patógeno, así fue como en el año de 1994 los institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (National Institutes of Health) reportaron oficialmente que las úlceras gástricas más comunes son a causa de *H. pylori*, sugiriendo la aplicación de esquemas antibióticos en el régimen de tratamiento. (1)

A lo largo de los años se ha cambiado la visión acerca del tratamiento sobre el *H. pylori*, en el caso de úlceras gastroduodenales empleándose de inicio medicamentos que regulaban la acidez; esto se hacía mucho antes de que se descubra y asegure que el *H. Pylori* es el principal agente influyente en trastornos gastrointestinales, ocasionando el seguro regreso de la enfermedad poco después de abandonar el tratamiento. Posteriormente las sales de bismuto fueron la primera opción en cuanto a la medicación, es óptimo pero su efectividad disminuía con un uso prolongado, además que se desconoce con exactitud el mecanismo de acción de este fármaco. (1)

Al momento se aplica con efectividad un tratamiento erradicador con terapias triples y cuádruples, que se basan en la combinación de medicamentos IBP (inhibidores de bomba de protones) conjuntamente a una terapia antibiótica.

En la actualidad existe alrededor del 50% de la población en el mundo portadores de *H. pylori*, por lo que es importante profundizar en el tema dando a conocer origen, desarrollo y manifestaciones causadas por esta bacteria (4)

El objetivo de la investigación es determinar la frecuencia de diagnóstico de *H. pylori* por medio de endoscopia digestiva alta en los pacientes que ingresan a consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga durante el periodo enero a junio del 2017.

## 1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

*Helicobacter pylori* es un bacilo gram negativo, que coloniza a nivel de mucosa gástrica dando como resultado una respuesta por parte del huésped en conjunto con el desarrollo de varios mecanismos invasivos que perpetúan su presencia, en la mayoría de los casos la sintomatología suele pasar por desapercibido. En la actualidad se le ha catalogado como una de las patologías más frecuentes en lo que respecta a las afectaciones gastrointestinales, esta bacteria invade a la gran mayoría de la población mundial siendo esta la razón por la que se le considera la más frecuente de la humanidad originando un problema de salud pública convirtiéndose en una patología difícil de erradicar por su alta prevalencia (1)

Cabe recalcar que el *H. pylori* es también el agente causal principal de úlcera gastroduodenal que es un factor primordial para el desarrollo del adenocarcinoma y linfoma gástrico o linfoma de MALT; se ha establecido en un orden cronológico para su desarrollo iniciándose por una gastritis hasta la aparición posterior de una úlcera péptica, sabiendo que esta evolución no siempre se cumple en los individuos. (2)

En cuanto a las indicaciones diagnósticas se recomienda el estudio endoscópico en personas mayores a 40 años, además si se presentara junto con dispepsia debe tamizarse de acuerdo a signos de alarma, como pérdida de peso, disfagia, vómitos persistentes, sangrado digestivo, anemia no explicada; caso contrario es posible ser manejada con tratamiento sintomático sin endoscopia. (1)

Lo más recomendable es la aplicación de protocolo de erradicación inmediato sobre todo en pacientes sintomáticos que refieren antecedentes familiares de

Cáncer gástrico en primer grado, consumidores crónicos de AINES, anemia ferropénica y púrpura trombocitopenica idiopática. (5)

Ante la presencia de úlcera péptica por *Helicobacter pylori* positiva, la erradicación se torna imprescindible ya que permitirá la cicatrización más rápida y disminuirá las recidivas junto a otras complicaciones. (2)

En la actualidad existen varios esquemas para tratar esta infección y combatir este problema, a pesar de no ser todos efectivos por la aparición de cepas resistentes, la principal resistencia de amoxicilina y metronidazol solod ha ido en gran aumento logrando considerarse un gran factor de riesgo para el fracaso de los regímenes de tratamiento, a diferencia de la claritromicina que ha conseguido muy buenos resultados. (3)

La elección del tratamiento de primera línea dependerá principalmente de lo ya antes mencionado, de la tasa de resistencia de *Helicobacter pylori* a los antibióticos, que a lo largo de los años se han prescrito. Hoy en día la mayoría de guías nos advierten de la ineficacia de la aplicación de la terapia triple clásica que consiste en inhibidor de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina, debido a que la tasa de resistencia a la claritromicina es mayor al 15%, se recalca que por encima de este umbral la eficacia de la terapia triple es inaceptablemente baja, exponiendo como resultados su baja eficacia lo que obligara el abandono temprano de este esquema; se iniciara el abordaje de una terapia cuádruple sin bismuto, es decir consistirá de un inhibidor de bomba de protones, amoxicilina, claritromicina y metronidazol administrados conjuntamente alcanzando una eficacia del 90%.

Una orientación más sustancial para la erradicación es la terapia cuádruple con bismuto además de inhibidores de bomba de protones, bismuto, tetraciclina y metronidazol, pudiendo llegar a ser una alternativa como tratamiento erradicador de primera línea, una vez que su eficacia sea confirmada. (5)

Existen, numerosos esquemas terapéuticos, con tres o cuatro drogas, por 7 a 14 días de duración, las terapias secuenciales, concomitantes, los tratamientos abreviados, esquemas alternativos para gérmenes resistentes. Un análisis de estas opciones y una recomendación que se efectúan desde diversas

perspectivas para lo cual se recomienda un abordaje más amplio y así lograr una correcta diferenciación terapéutica. (6)

La prevalencia mundial sobre H. pylori es de un 36,4% de los cuales el 20,3% refleja los casos de enfermedad leve y un 16,1% corresponde a pacientes con enfermedad marcada. (8)

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

La finalidad del proyecto tiene como propósito obtener mediante análisis investigativos en pacientes portadores de Helicobacter pylori, dar a conocer como primera instancia la prevalencia grande que existe en cuanto a esta infección por este patógeno sobre todo en países en vías de desarrollo, es así el caso de nuestro país, se reveló que la incidencia de infección por H. pylori es del 80%, se expone las múltiples consecuencias que conlleva esta enfermedad, se desarrolla información que dé a conocer detalles sobre fisiopatología, patogenia, clínica, etc. En el ser humano al ser portadores de la enfermedad, así como las diversas consecuencias a largo y corto plazo. Los distintos abordajes que se darán en cuanto a su diagnóstico, ponen en conocimiento si cumple o no con criterios de hallazgos de estudio endoscópico, se describirá las diferentes terapéuticas que se han logrado desarrollar hasta la actualidad y quiénes son los que cumplen con los requerimientos para la aplicación de cada uno de los tratamientos, se explicara mediante cuadros comparativos los grupos de pacientes vulnerables a la enfermedad, encontrándose asociado a diversos factores como edad, sexo, condición física, situación geográfica, etc. Por lo que se hará énfasis principalmente en medidas de prevención. (9)

## CAPITULO II

### 2.1. ANTECEDENTES

En 1983 se realizó los primeros estudios sobre *H. pylori* en donde el científico Warren Marshall identificó la presencia de agente bacteriológicos curvos semejantes al género de *Campylobacter* en pacientes diagnosticados de gastritis y úlcera péptica, así fue como denominaron un nuevo género llamado *Helicobacter*. Estos estudios cambiaron de forma radical la conceptualización de esta enfermedad y con ello su epidemiología y tratamiento, fue un cambio drástico relacionar la epidemiología de esta enfermedad, debido a que el estómago ha representado la conocida barrera acida que es la responsable de la eliminación de múltiples agentes bacteriológicos, es por esta razón que resulto complicado pensar que este ambiente acido seria óptimo para que agentes bacterianos se encontrase adaptados con facilidad; esto ocasiono que los estudios sobre los problemas gástricos se divida en dos bandos, que presentaron incluso ponencias en congresos internacionales bajo la modalidad de creyentes y no creyentes en el nuevo agente etológico. Al aceptar finalmente que la etiología de las gastritis y úlceras pépticas eran de origen infeccioso se mostro un panorama diferente para el progreso de técnicas terapéuticas en las que se incluye un tratamiento antibiótico que permitirá la cura de las úlceras pépticas, además del tratamiento clásico que implicaba un régimen de IBP junto a una restricción dietética de uno a dos años para así alcanzar una total mejoría. (23)

Lo que respecta a las características particulares analizadas que distinguen a este patógeno, se conoce como un microorganismo microaereofilico, gram negativo, de crecimiento lento, espirilado y flagelado, de aspecto curvado, sus medidas alcanzan desde 0,6 a 3,5  $\mu\text{m}$ , un grosor de 0,5 a 1  $\mu\text{m}$ , sus extremos son redondos además posee de 4 a 6 flagelos unipolares, de 2.5  $\mu\text{m}$  de largo. Usualmente suelen aparecer con engrosamiento a manera de vesícula en el extremo de los flagelos; la temperatura óptima para el desarrollo de esta bacteria es de 37° C. Hasta el momento se han dado a conocer por lo menos 27 tipos de *Helicobacter*, al menos las especies *H. felis* y *H. heilmannii* se han encontrado asociados esporádicamente en

patología en humanos, causantes de gastritis; en el primer caso se puede presentar por la tenencia de gatos como mascotas representando el factor de riesgo asociado.

A lo largo de la historia se ha convertido cada vez en una infección más prevalente, por esta razón esta enfermedad con el pasar de los años se estima que ha ido alcanzando aproximadamente a albergar un 50% de la población mundial. (10)

## 2.2. CONCEPTO

Se conoce que el agente bacteriológico *Helicobacter Pylori* es un bacilo Gram negativo, no invasivo que se ubica y coloniza a nivel de la mucosa gástrica, este agente patógeno desencadena una fuerte respuesta inflamatoria en el huésped, es así como desarrolla los distintos mecanismos invasivos que perpetúan su presencia, en la gran mayoría la colonización de este patógeno suele ser asintomático, y en el caso de llegar a existir manifestaciones será causa importante de morbilidad. (2)

El porcentaje que afecta este germen común suele ser aproximadamente a la mitad de la población mundial, sobre todo en países en vías de desarrollo considerando un problema de salud pública, la infección causada por este germen es la base de la enfermedad ulcerosa gastroduodenal, (2) su relación se asocia a la existencia de una gran resistencia antibiótica ya que los medicamentos originales corren el riesgo de ser desplazados fuera del mercado por imitaciones (10)

## 2.3. EPIDEMIOLOGIA

En la actualidad la infección por *Helicobacter Pylori* es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, afectando a más de la mitad de la población mundial (8) la incidencia y prevalencia dependerá de la influencia de factores como edad, etnia, geografía y estatus socioeconómico. (10) Las cifras que se conocen al momento son cerca del 20% de la población en países desarrollados que se encuentran infectados, frente a un 80% en los países en vías de desarrollo, un gran número de pacientes portadores permanecen asintomáticos y tan sólo un 15% de ellos desarrollan la enfermedad. Se han identificado que los contribuyentes para su

desarrollo son la condición socioeconómica, los factores nutricionales, el hacinamiento, el agrupamiento de familias etc. (8)

A nivel mundial existe diversas cepas de *H. pylori* que difieren según sus factores asociados tanto del huésped como de factores ambientales, lo que dará la particularidad de la enfermedad; la transmisión de este germen suele presentarse por vía oral-oral o fecal-oral relacionado a la falta de una adecuada higiene, agua potable, higiene básica, dietas pobres y superpoblación. (10) En el caso de nuestro país, un estudio reveló que la incidencia de infección por *Helicobacter Pylori* es del 80%, la incidencia de cáncer gástrico a causa de *H. pylori* se ha convertido en un verdadero problema de salud pública al representar el 12.7% de todos los casos de cáncer, con una incidencia de 29 casos por cada cien mil habitantes situando a las mujeres ecuatorianas en el décimo primer lugar a nivel mundial y los hombres en décimo quinto lugar lo que refleja que existe una alta prevalencia a nivel local. (8)

#### 2.4. PATOGENIA

El proceso de patogénesis se desarrolla al existir una respuesta inflamatoria en la mucosa de forma persistente, este proceso está dado por la activación e infiltración de las células mononucleares y neutrofilos de la mucosa gástrica que se encuentra infiltrada, originando consecuencias como el desarrollo de úlcera péptica, adenocarcinoma e incluso linfoma gástrico.

El hábitat natural de este agente patógeno se localiza por debajo de la capa mucosa, en donde el pH se aproxima a la neutralidad, el mecanismo utilizado para protegerse de ese pH ácido durante la colonización será la acumulación de gran cantidad de ureasa en el citoplasma, en el espacio periplásmico y en la superficie de la bacteria, produciendo amonio que permitirá el aumento del pH hasta valores de 6 o 7 permitiendo que se neutralice el ácido clorhídrico del estómago causando de forma transitoria aclorhidria, con un pH gástrico neutro; esto genera un ambiente óptimo que le permite sobrevivir mientras se mueve para llegar al epitelio gástrico. (9)

La patogénesis del *Helicobacter pylori* es una mutación en la que intervienen múltiples factores, dependiendo del entorno ambiental e inclusive en los polimorfismos en los genes que codifican las citocinas que trabajan en el proceso de inflamación guiado por la infección, y fundamentalmente los relacionados con la IL-1 y su receptor IL-1RN son los más inscritos con respecto al hospedero y de igual forma en el caso del ambiente, los factores dietarios y la infección indirecta con parásitos específicos; por otro lado se plasman los daños físicos directos o indirectos en el tejido gástrico, entre estos los más importantes son las citoxinas CagA y VacA, las adhesinas BabA y OipA, y la proteína DupA, (12) además es importante mencionar sobre el flagelo que le permite alcanzar una gran movilidad por cuanto al momento de colonizar la mucosa gástrica contrarresta el peristaltismo penetrando la capa de mucina, es así como puede alcanzar la superficie epitelial y escapar del ácido que la rodea (9)

## 2.5. TRANSMISIÓN DE H. PYLORI

Con certeza se desconoce la forma precisa con la cual se produce la transmisión de esta enfermedad, así también se desconoce la razón por la que ciertos pacientes se muestran sintomáticos y otros asintomáticos, se ha llegado a la conclusión que esta enfermedad posiblemente se desarrolle en edades tempranas por medio de las vías de transmisión más comunes, oral – oral, fecal – oral, la población más vulnerable son las de bajo nivel socioeconómico ya que están expuestas fuentes ambientales contaminantes, las personas expuestas a hacinamiento, los que no poseen accesibilidad a agua potable, además de mantenerse en contacto familiar con personas que sean portadores de la enfermedad. (10)

## 2.6. DIAGNOSTICO

Por lo general los métodos diagnósticos de la infección han sido clasificados de forma sencilla, esta clasificación tradicionalmente consiste en directos e indirectos, en el caso de los directos se basan en la demostración “directa” del microorganismo mediante el estudio de muestras obtenidas por biopsia gástrica, técnicas que

requerirán obligadamente de un estudio endoscópico, a continuación, mencionaremos cada uno de ellos (13)

Histología: la identificación del germen se lo hace por medio de la tinción de hematoxilina-eosina, a pesar de que sean más factibles con otras tinciones; en los cortes histológicos realizados en la biopsia, el objetivo es detectar los cambios a nivel de la estructura de la mucosa gástrica consecuentes a la presencia de este patógeno lo favorable a comparación de otros procedimientos es en relación coste – beneficio, esto nos indica que lo recomendable no es la aplicación de la técnica de forma habitual , debiendo ser aplicado únicamente en casos de que el test de ureasa evidencia un resultado negativo

Cultivo: se ha catalogado como método diagnóstico ya que es posible la cuantificación de organismo y la determinación de sensibilidad frente a los agentes antibacterianos se hace hincapié a nivel epidemiológico para así lograr conocer el patrón de resistencia en comparación con otras terapéuticas. La especificidad del cultivo es del 100%, pero su sensibilidad es menor a la de otras técnicas diagnósticas. hoy en día existe metodologías modernas que nos permite hacer el diagnóstico de H. pylori sin necesidad de realizar directamente endoscopia digestiva, este se denomina enterotest o prueba del hilo que tiene como finalidad realizar un antibiograma de la muestra que se obtuvo. (15)

Tinción de gram: para este estudio se necesita como tiempo mínimo de 48 horas y el cultivo cuyo reporte saldrá entre 3 a 4 días, razón por la que no ofrece un diagnóstico rápido de la infección, este estudio tiene una sensibilidad del 90%, y una especificidad de un 100%, mencionando también que en el caso que se obtenga muestras de forma simultánea del antro y fundus, la sensibilidad llegara a ser del 100%. (13)

Test rápido de ureasa: esta prueba es la más rápida y sencilla, tomando en cuenta que este patógeno es un productor de ureasa, la prueba se lleva a cabo en colocar una pequeña muestra de la mucosa en un medio líquido compuesto de urea y un indicador de pH, los resultados serán interpretados en el caso de que exista actividad de ureasa ocasionara un cambio de pH produciendo un cambio de color; una de los beneficios de esta prueba se mencionara que en los resultados es posible observar en el transcurso de una hora si existe o no infección, por otro lado las desventajas de este método son la poca sensibilidad al menos después de la utilización de tratamiento para H pylori de forma erradica dora, este examen se sugiere que no sea de única elección, (2) puede presentarse resultaos erróneos, en el caso de falsos negativos puede deberse a una cantidad insuficiente de muestra colonizada por bacterias, o a su vez también manifestar falsos positivos debido a que existe en el medio otras bacterias también productor de urea.

Existe métodos indirectos que consiste en el estudio de características del agente patógeno, estos métodos son la prueba de aliento o la respuesta del sistema inmunitario con la medición de anticuerpos específicos en sangre, estos son:

Prueba de aliento con urea: este método consiste en la capacidad de la ureasa que ha sido producida por la bacteria en hidrolizar la solución de urea, seguidamente el co<sub>2</sub> se impregna, para posteriormente ser trasladado a los pulmones y seguidamente para ser eliminada por medio del aliento espirado.

Serología: este método se basa en examinar la existencia de anticuerpos ante los antígenos que origina una respuesta inmunitaria a nivel local y a su vez a nivel sistémico, que es originado tras la producción de la infección, una de las desventajas de esta prueba es que nos indica si existió una exposición previa, mas no si existe o no una infección activa como tal.

Antígeno de H. pylori en heces: es el más utilizado, plantea una nueva alternativa diagnóstica de la infección, esta técnica se ha asociado con una elevada sensibilidad y especificidad, no sólo en el diagnóstico inicial de la infección, sino también en la confirmación de la erradicación después del tratamiento, aunque no todos los estudios obtienen resultados óptimos. Su sencillez, rapidez y economía hacen que esta técnica sea muy utilizada como principal alternativa para su diagnóstico considerando como beneficio que no es un estudio invasivo. (13)

## 2.7. PREVENCIÓN

En consecuencia, a la falta de información en cuanto a la fuente exacta de infección de H. pylori, muy difícilmente se pueda centrar en recomendaciones explícitas para poder impedir la infección, además hoy en día no se dispone ningún tipo de vacuna, por lo tanto, el enfoque de prevención se centra en el cuidado de higiene general, como el lavado de manos, ingesta de alimento previo lavado preparados de forma adecuada y beber agua que sea de origen confiable. (15)

## 2.8. CLÍNICA

La primo infección por Helicobacter pylori, es difícilmente diagnosticada, el cuadro se desarrolla inicialmente como gastritis aguda cuya sintomatología se caracteriza por hipoclorhidria y diversos síntomas dispépticos; con el pasar del tiempo progresa a una gastritis crónica que puede o no manifestarse con infiltrado de neutrofilos, predominantemente a nivel del antro, como consecuencia la acidez gástrica regresa a niveles normales originando que la gastritis siga un curso asintomático, existe una diferencia de síntomas en cuanto a la localización de este agente, en el caso de ser predominio antral tienden a desarrollar más cantidad de ácido por lo tanto son más propensas a presentar ulcera duodenal, por lo contrario los pacientes que presenten gastritis con predominio del cuerpo gástrico son productoras de menos cantidad de ácido convirtiéndose en un predisponente al desarrollo de ulcera gástrica. (10)

La presencia de úlceras se manifiesta con una clínica típica de epigastralgia, pirosis, dispepsia que son síntomas apreciables en la gran mayoría de pacientes, la complicación más usual es la hemorragia digestiva.

En el caso de presentarse ulcera duodenal se cataloga que es la más frecuente manifestación, a comparación de la ulcera gástrica, es más común en varones que en mujeres en intervalos de 35 a 55 años de edad, puede asociarse sobre todo a factores psicológicos, es decir personas inestables, depresivas, competitivas, ansiosos e irritables; así también están los factores endocrinos como el Síndrome de Zollinger-Ellison, Hiperparatiroidismo, Síndrome de adenomas endócrinos múltiples. las manifestaciones clínicas comienzan con un cuadro clínico de ardor o acidez, se presentan de forma periódica llegando a exacerbarse los síntomas en la madrugada y a su vez cediendo en el momento de la ingesta de alimentos, o soluciones alcalinas, así mismo existe un término que se denomina hambre dolorosa que suele manifestarse al medio día antes de la comida; en cuanto a las complicaciones sus características son náusea, vómito, hemorragia digestiva, hematemesis o melena.

La ulcera gástrica, cursa con una sintomatología específica que se denomina dolor en cuatro tiempos que se caracteriza por epigastralgia que aparece luego de las comidas y cede de forma espontánea tiempo antes de una nueva ingesta, además se acompaña de síntomas como pirosis y vómito alimenticio; puede incluso cursar con hematemesis, hematoquesia, melena, hipotensión arterial, sangre oculta en heces lo que ocasionara inestabilidad hemodinámica, con sangrado activo; estabilidad hemodinámica, con sangrado activo; y estabilidad sin evidencia de sangrado activo. Al llegar a manifestarse un cáncer gástrico la clínica debuta de forma asintomática, sin embargo, al avanzar y encontrarse en una etapa avanzada predominará la pérdida de peso, dolor abdominal, disfagia, saciedad temprana, vómitos persistentes y anemia consecuenta a los sangrados. (17)

Desde el punto de vista endoscópico, se evidencia la presencia de nódulos, frecuentemente encontradas en el antro gástrico que puede permanecer a lo largo de varios meses incluso años luego de la erradicación de la bacteria. (10)

## 2.9. TRATAMIENTO

La base principal para la erradicación del *H. pylori* es evitar el desarrollo de ulcera péptica y en un futuro un posible cáncer gástrico; los pacientes que refieren antecedentes de ulcera gástrica o duodenal, o a su vez antecedentes familiares deberán realizarse como prueba de rutina y de forma periódica pruebas que detecten de forma temprana la presencia de una posible infección por *H. pylori*, y ser iniciado con un tratamiento oportuno; tan solo un 8% de los pacientes que reciben tratamiento, se obtienen resultados favorables, por esta razón se recomienda estudios posteriores al recibir tratamiento para dar a conocer si fue exitoso la erradicación de este germen. (15)

Las indicaciones para tratar la infección por *H. pylori* se menciona que lo acertado es en el caso de ulcera duodenal y gástrica activa, ya sea en las no complicadas como en las que han cursado con complicaciones como hemorragia, perforación y estenosis. (2)

Los medicamentos de primera elección están conformados por una terapia triple que suele ser la más recomendada, la cual está conformada por IBP (inhibidores de la bomba de protones), acompañado de dos tipos de antibióticas, los de elección suele ser claritromicina y amoxicilina o metronidazol. Se han establecido varias opciones para lograr conseguir una mayor efectividad en el tratamiento como por ejemplo el incremento en cuanto a la dosis de los IBP o a su vez prolongar la duración del tratamiento ar las dosis de los IBP o alargar la duración del tratamiento de 7 a 10 e incluso hasta los 14 días (3)

Diversos estudios han demostrado el gran aporte al tratamiento el empleo de una terapia cuádruple que está constituida por un IBP, acompañado de Bismuto y con los antibióticas de elección como la tetraciclina y metronidazol; en el caso de fracaso del tratamiento en a la terapia clásica, se opta por la aplicación de la terapia de rescate debiendo ser utilizado a lo largo de 7 días conformado por IBP, subcitrate de bismuto 120mg c/6h; tetraciclina 500mg c/6h; y metronidazol 500mg c/8h (15)

En el caso de la terapia secuencial consiste en un tratamiento piloto cuyo propósito es salvar la resistencia del *H. pylori* a la claritromicina, esta terapia consiste en la administración en los 5 primeros días de amoxicilina con un IBP, y en la

segunda etapa se deberá retirar la amoxicilina y se incrementa la claritromicina y un nitroimidazol por 5 días. (3)

Tratamientos de erradicación de H. pylori de elección y de rescate

TRATAMIENTO	DENOMINACION	ESQUEMA TERAPEUTICO	DURACION
Terapia Triple o Estándar	Clásica	IBP/12h, Amoxicilina 1g/12h, claritromicina 500mg/12h	7 a 14 días
	si alergia a penicilinas	IBP/12h, claritromicina 500mg/12h, metronidazol 500mg/12h	7 a 14 días
	si resistencia a claritromicina	IBP/12h, Amoxicilina 1g/12h, metronidazol 500mg/12h	7 a 14 días
Terapia cuádruple	alternativa a triple terapia	IBP/12h, bismuto 120mg/6h, tetraciclina 500mg/12h, metronidazol 500mg/12h	10 a 14 días
Terapia Secuencial	si resistencia a claritromicina	IBP/12h+Amoxicilina 1g/12h	días 1 a 5
		IBP/12h+claritromicina 500mg/12h+metronidazol 500mg/12h	días 6 a 10

IBP: inhibidores de la bomba de protones

Elsevier.es/eLibrary/NNNConsult

## CAPITULO III

### 3.1. HIPÓTESIS

La frecuencia de personas diagnosticadas de H. pylori por medio de estudio de endoscopia digestiva alta son mujeres de 25 a 40 años de edad en un 40 %

### 3.2. OBJETIVOS

#### 3.2.1. GENERAL

Determinar la frecuencia y características clínicas de diagnóstico de H. pylori por endoscopia digestiva alta en pacientes adultos de 25 a 55 años de edad en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo enero – junio 2017.

#### 3.2.2. ESPECÍFICOS

- Identificar las manifestaciones clínicas más habituales en pacientes con diagnóstico de H. pylori
- Determinar los hábitos que contribuyen a ser portadores de gastritis por H. pylori
- Conocer el beneficio del cumplimiento del tratamiento médico en pacientes diagnosticados de H. pylori

## CAPITULO IV

### 4.1. DISEÑO GENERAL DE ESTUDIO

#### 4.1.1. TIPO DE ESTUDIO

Estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de campo, observacional de corte transversal, en el cual se utilizó como instrumento un formulario de recolección de datos que constó de variables socio-demográficas y las variables del estudio los cuales fueron aplicados a cada paciente que acudió al Hospital José Carrasco Arteaga en el servicio de Consulta Externa del área de Gastroenterología

#### 4.1.2. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

La investigación se realizó en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca ubicado en las calles Popayán y Pacto Andino

#### 4.1.3. DEFINICIONES OPERACIONALES

Universo de estudio, selección y tamaño de muestra, unidad de análisis y observación, criterios de inclusión y exclusión, procedimientos para la recolección de la información, instrumentos a utilizar y procedimientos para garantizar aspectos éticos en la investigación con sujetos humanos.

#### 4.1.4. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio corresponde a todos los pacientes que han acudido a consulta externa al servicio de gastroenterología en el hospital José Carrasco Arteaga en el periodo Enero – Junio 2017

#### 4.1.5. UNIDAD DE ANÁLISIS Y OBSERVACIÓN

Pacientes ingresados por consulta externa en el servicio de gastroenterología en el Hospital José Carrasco Arteaga en edades comprendidas entre edades 25 y 55 años de edad.

## 4.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### 4.2.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Se incluyeron a todos los pacientes que han acudido a consulta externa al servicio de gastroenterología en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo Enero – Junio 2017, que aceptaron participar de manera voluntaria en la investigación y firmaron el consentimiento, estos pacientes fueron mayores de 18 años, con sintomatología gastrointestinal, y antecedentes endoscópicos.

### 4.2.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyeron a los pacientes que acudieron a consulta externa al servicio de gastroenterología que se encontraban en rangos de edad menor a 25 años y mayores a 55 años

## 4.3. MÉTODOS E INSTRUMENTO PARA OBTENER LA INFORMACIÓN

La información se obtuvo a través de la aplicación de un cuestionario y la búsqueda de información por medio de la historia clínica previa revisión del sistema AS400.

### 4.3.1. MÉTODOS DE PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

La información se procesó a través del programa estadístico SPSS 15.00 (StatisticalProduct and ServiceSolutions para Windows), versión Evaluación.

La presentación de la información se realizó en forma de distribuciones de acuerdo a frecuencia y porcentaje de las variables estudiadas, los resultados son presentados en tablas. Además se utilizó el estadístico Chi cuadrado de Pearson, para medir la fuerza de asociación entre las variables que la investigación consideró pertinente, el resultado es descrito al de la probabilidad ( $P=$ ) al ser menor a 005; el cual se asignó al final de las tablas.

#### 4.3.2. TÉCNICA

Se utilizó el método de la entrevista estructurada, como técnica se aplicó la encuesta y como instrumento se manejó un formulario de recolección de dato con preguntas objetivas de tal manera que los pacientes encuestados seleccionaron sus respuestas según las opciones planteadas.

El formulario constó de datos de filiación, datos socio demográficos, preguntas sobre la sintomatología asociada a un diagnóstico de H. pylori

#### 4.3.3. PROCEDIMIENTO PARA LA CORRELACIÓN DE LA INFORMACIÓN E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Se solicitó la autorización pertinente para la aplicación de los formularios mediante un oficio dirigido a las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga (Anexo 1)

Posteriormente se entregó a los pacientes el consentimiento informado los cuales dieron a conocer, el objetivo del estudio. (Anexo 2)

Una vez firmado el consentimiento y asentimiento informado, se procedió a aplicar el formulario respectivo (ver anexo 3).

En la encuesta se utilizó la técnica de formularios auto-administrados, la aplicación de la encuesta se realizó con la presencia del investigador que solventó todas las dudas de los investigados.

##### 4.3.3.1. TABLAS

Se utilizó tablas simples y de doble entrada.

##### 4.3.3.2. MEDIDAS ESTADÍSTICAS

En el análisis estadístico se realizó el AEDA (Análisis exploratorio de datos), corroborando la normalidad de la muestra según prueba Kolmogorov-Smirnov.

Las principales medidas estadísticas que se utilizaron fueron medidas de frecuencia relativa como la proporción y porcentaje para las variables cuantitativas y cualitativas; Chi cuadrado.

#### 4.4. PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS

Se obtuvo el permiso correspondiente de las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga.

Se les entregó el consentimiento informado a los pacientes informándoles de la finalidad del estudio.

Los pacientes fueron informados sobre los objetivos del estudio antes de someterse a la entrevista, donde se les aplicó el formulario; se les indicó también que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma.

Se respetó su autonomía e individualidad.

#### 4.5. VARIABLES

##### 4.5.1. OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

##### OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	ESCALA
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento	20-35	Razón
		36-50	
		51-65	
Genero	Condición orgánica y de género de la persona	Femenino	Nominal
		Masculino	
Geografía	Descripción grafica de una zona o territorio	Rural	Nominal
		Urbano	
Posición	Nivel o status	Alta	Ordinaria

Socioeconómica	económico	Media	
		Baja	
Alimentación	Ingesta de alimentos por parte del organismo	Deficiente	Nominal
		Nutrida	
Estado de salud	Condición médica del individuo	Bueno	Ordinaria
		Regular	
		Malo	
Antecedentes Familiares	Características de ciertas enfermedades en la familia	Con Antecedentes	Nominal
		Sin Antecedentes	
Consumo de AINES	Ingesta de un género de medicamentos	Si	Nominal
		No	
Hábitos	Comportamientos repetitivos de forma regular	Si	Nominal
		No	
Meteorismo	Sensación de distensión de la parte alta del abdomen	Si	Nominal
		No	
Vomito	Expulsión de contenido gástrico	Si	Nominal
		No	
Hematemesis	Expulsión de contenido	Presente	Nominal

	gástrico acompañado de sangre	Ausente	
Disfagia	Dificultad para deglución de alimentos	Si	Nominal
		No	
Estado Nutricional	Situación de la persona de acuerdo a su ingesta de alimentos	Optimo	Nominal
		Deficiente	
Sintomatología	Serie de características que se manifiestan como resultado de una enfermedad	presente	Nominal
		Ausente	
Hallazgos Endoscópicos	Descubrimiento por medio de estudio de imagen	Existentes	Nominal
		Ausentes	

## 4.6. CRONOGRAMA

Cronograma de Actividades Año 2016 - 2017

ACTIVIDADES	Mes 1	Mes 2	Mes 3	Mes 4	Mes 5	Mes 6	Mes 7	Mes 8	Mes 9	Mes 10	RESPONSABLE
Redacción de protocolo de trabajo de graduación y elaboración y/o selección de instrumento de recolección de datos	■	■									Investigación Director
Presentación y aprobación del protocolo de trabajo de graduación			■								Investigación Director
Recolección de datos			■	■	■						Investigación
Análisis e interpretación de datos					■	■					Investigación Director
Elaboración y presentación de la información							■	■	■		Investigación Director
Redacción de conclusiones y recomendaciones										■	Investigación Director

## 4.7. RECURSOS Y PRESUPUESTO

#	RECURSO	NUM	VALOR UNIDAD	VALOR TOTAL
1	Computadora	2	0,00	0,00
2	Impresora	1	0,00	0,00
3	Hojas A4	600	0,01	6,00
4	Impresiones	600	0,10	60,00
5	Fotocopias	100	0,01	1,00
6	Internet (horas)	120	0,30	36,00
7	Lápiz	8	0,25	2,00
8	Borrador	6	0,25	1,50
9	Anillados	9	1,50	13,50
10	Flash Memory	1	10,00	10,00
11	Transporte	----	-----	50,00
12	Alimentación	----	-----	75,00
13	Encuestas	167	0,15	25,05
14	Varios (5%)	----	-----	20,00
15	Bibliografía	----	-----	0,00
			<b>TOTAL</b>	<b>300,05</b>

## CAPITULO V

### 5.1. RESULTADOS

#### 5.1.1. CUMPLIMIENTO DEL ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Hospital José Carrasco Arteaga en la Ciudad de Cuenca en el periodo comprendido entre Enero – Junio 2017, se recolectaron los datos de 167 pacientes mediante una entrevista estructurada previa firma del consentimiento informado, el estudio se cumplió en su totalidad, en un 100% no se registraron pérdidas de datos.

#### 5.1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Fueron incluidos en el estudio 167 los pacientes que han acudido a consulta externa al servicio de gastroenterología en el Hospital José Carrasco Arteaga en el periodo antes descrito, obteniéndose así un total de 167 formularios para la elaboración de la base de datos de esta investigación, dando a conocer los resultados de este trabajo de investigación.

### 5.1.3. ANÁLISIS DE RESULTADOS

TABLA #1

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según variable: edad.**

EDAD SEGÚN OMS	Frecuencia	Porcentaje
ADULTO JOVEN 19 A 34 ANOS	47	28,1
ADULTO MEDIO 35 A 64 ANOS	120	71,9
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 71.9% (120 casos) corresponde a la población de adulto medio con edades comprendidas entre 35 y 65 años, seguido de adulto joven con un 28.1% (47 casos).

Tabla #2

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según variable: genero**

GENERO	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	90	53,9
MASCULINO	77	46,1
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 53.9% (90 casos) corresponden al sexo femenino, seguido de 46.1% (77 casos) corresponden al sexo Masculino.

Tabla #3

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según variable: estado civil.**

ESTADO CIVIL	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO	28	16,8
CASADO	76	45,5
VIUDO	20	12,0
DIVORCIADO	24	14,4
UNIÓN LIBRE	19	11,4
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 45.5% (76 casos) tiene un estado civil de casado/a, seguido en frecuencia el estado civil de soltero con un 16.8% (28 casos).

Tabla #4

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según variable: años de escolaridad.**

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	30	18,0
SECUNDARIA	70	41,9
SUPERIOR	67	40,1
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 41.9% (70 casos) han culminado la secundaria, le sigue en frecuencia con 40,1% (67 casos) que cursan o han culminado la educación superior.

Tabla #5

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según variable: residencia.**

RESIDENCIA	Frecuencia	Porcentaje
URBANA	128	76,6
RURAL	39	23,4
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 76.6% (128 casos) viven en la zona urbana, mientras que el 23.4% (39 casos) viven en las distintas zonas rurales de Cuenca.

Tabla #6

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según variable: hábitos higienico-dieteticos.**

HÁBITOS DE TABACO		Frecuencia	Porcentaje
	SI	68	40,7
	NO	99	59,3
	Total	167	100,0
HÁBITOS DE CAFÉ		Porcentaje	
	SI	112	67,1
	NO	55	32,9
	Total	167	100,0
HÁBITOS DE ALCOHOL		Porcentaje	
	SI	38	22,8
	NO	129	77,2
	Total	167	100,0
ALIMENTOS FUERA DE CASA		Porcentaje	
	NINGUNO	49	29,3
	UNA VEZ	41	24,6
	DOS VECES	40	24,0
	TRES VECES	37	22,2
	Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 67.1% (112 casos) poseen el habito de tomar café, mientras que el 32.9% (55 casos) no lo poseen; el 40.7% (68 casos) poseen el habito tabáquico, mientras que el 59.3% (99 casos) no lo poseen; el 22.8% (38 casos) poseen el habito de alcohol, mientras que el 77.2% (129 casos) no lo poseen; el 92.3% (49 casos) no frecuentan alimentos fuera de casa, mientras que en un 24.6% (41 casos) que frecuentan una vez por semana, 24% (40 casos) que frecuentan dos veces por semana y por ultimo 22.2% (37 casos) que frecuentan tres veces por semana

Tabla #7

Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según variable: sintomatología.

MOTIVO DE CONSULTA	Frecuencia	Porcentaje
<b>EPIGASTRALGIA</b>		
SI	155	92,8
NO	12	7,2
Total	167	100,0
<b>DISTENCIÓN</b>		
SI	102	61,1
NO	65	38,9
Total	167	100,0
<b>PIROSIS</b>		
SI	127	76,0
NO	40	24,0
Total	167	100,0
<b>METEORISMO</b>		
SI	67	40,1
NO	100	59,9
Total	167	100,0
<b>ANOREXIA</b>		
SI	36	21,6
NO	131	78,4
Total	167	100,0
<b>NAUSEA</b>		
SI	81	48,5
NO	86	51,5
Total	167	100,0
<b>VOMITO</b>		
SI	36	21,6
NO	131	78,4
Total	167	100,0
<b>DISFAGIA</b>		
SI	1	,6
NO	166	99,4
Total	167	100,0
<b>PERDIDA DE PESO</b>		
SI	12	7,2
NO	155	92,8
Total	167	100,0

Fuente : Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 92.8% (155 casos) presentan epigastralgia mientras que tan solo un 7.2% (12 casos) no presenta

este síntoma; el 61.1% (102 casos) presentan distensión mientras que un 38.9% (65 casos) no presenta este síntoma; el 76.0% (127 casos) presentan pirosis mientras que un 24.0% (40 casos) no presenta este síntoma; el 59.9% (100 casos) no presentan meteorismo mientras que un 40.1% (67 casos) presenta este síntoma; el 78.4% (131 casos) no presentan anorexia, mientras que un 21.6% (36 casos) presenta este síntoma; el 48.5% (81 casos) presentan náusea, mientras que un 51.5% (86 casos) no presenta este síntoma; el 78.4% (131 casos) no presentan vómito, mientras que tan solo un 21.6% (36 casos) presenta este síntoma; el 99.4% (166 casos) no presentan disfagia, mientras que tan solo un 0.6% (1 caso) presenta este síntoma; el 92.8% (155 casos) no presentan pérdida de peso, mientras que tan solo un 7.2% (12 casos) presenta este síntoma

Tabla #8

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: tiempo de sintomatología.**

TIEMPO SINTOMATOLOGÍA	Frecuencia	Porcentaje
< 1 MES	37	22,2
1 – 3 MESES	62	37,2
3 – 6 MESES	32	19,2
> 6 MESES	36	21,6
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 37.2% (62 casos) presentan sintomatología de 1 a 3 meses, seguido de 22.2% (37 casos) que muestran sintomatología de < de 1 mes, el 21.6% (36 casos) que muestran sintomatología de > de 6 meses; mientras que tan solo 19.2% (32 casos) que presentan sintomatología de 3 a 6 meses de evolución

Tabla #9

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: tratamiento recibido.**

MEDICAMENTOS EN LOS 6 ÚLTIMOS MESES	Frecuencia	Porcentaje
SI	77	46,1
NO	90	53,9
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 53.9% (90 casos) no han recibido medicamentos en los últimos 6 meses, a diferencia de un 46.1% (77 casos) que si han recibido tratamiento

Tabla #10

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: los pacientes que han sido diagnosticados anteriormente de H. pylori.**

DX DE H. PYLORI ANTERIOR	Frecuencia	Porcentaje
SI	46	27,5
NO	121	72,5
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 27.5% (46 casos) han sido diagnosticados anteriormente de H. pylori

Tabla #11

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: los pacientes que han recibido anteriormente tratamiento para H. pylori.**

TTO PARA H. PYLORI	Frecuencia	Porcentaje
SI	46	27,5
NO	121	72,5
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) tan solo 27.5% (46 casos) recibieron anteriormente tratamiento para H. pylori

Tabla #12

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: los pacientes que recibieron tratamiento para H. pylori y culminaron con el mismo**

TERMINÓ TTO	Frecuencia	Porcentaje
SI	35	21,0
NO	132	79,0
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 21.0% (35 casos) corresponde a los pacientes que recibieron tratamiento para H. pylori y culminaron con el mismo

Tabla #13

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: los pacientes que fueron realizados endoscopia digestiva alta**

ESTUDIOS INVASIVOS	Frecuencia	Porcentaje
SI	38	22,8
NO	129	77,2
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 22.8% (38 casos) fueron los pacientes que fueron realizados endoscopia digestiva alta.

Tabla #14

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: los resultados endoscópicos realizados.**

RESULTADOS ENDOSCÓPICOS	Frecuencia	Porcentaje
H. PYLORI	29	17,4
PÓLIPO	4	2,4
ULCERA	5	3,0
NINGUNO	129	77,2
Total	167	100,0

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra estudiada (167 pacientes) el 17.4% (29 casos) fueron diagnosticados de H. pylori, y tan solo el 3.0% (5 casos) fueron diagnosticado de ulcera gastroduodenal y un 2.4% (4 casos) diagnosticados de pólipo

Tabla # 15

**Distribución de Pacientes atendidos en consulta externa de gastroenterología del HJCA periodo enero – junio 2017 según: el motivo de consulta de epigastralgia según el género.**

			MOTIVO DE CONSULTA EPIGASTRALGIA		Total
			SI	NO	
<b>GENERO</b>	FEMENINO	Recuento	84	6	90
		% del total	50,3%	3,6%	53,9%
	MASCULINO	Recuento	71	6	77
		% del total	42,5%	3,6%	46,1%
<b>Total</b>		Recuento	155	12	167
		% del total	92,8%	7,2%	100,0%

**Chi-cuadrado de Pearson** 0,79<sup>a</sup>

Fuente: Formulario de recolección de datos.  
Realizado por: Silvia Daniela Bustos Iñiguez

**Interpretación:** Del total de la muestra investigada (167pacientes) en donde se evidencia 50.3% (84 casos) refieren síntoma de epigastralgia en relación al género femenino mientras que en un 42.5% (71 casos) en relación al género masculino, dándonos un total de 92.8% (155 casos) que poseen este síntoma. Se obtuvo un valor de Chi Cuadrado de Pearson de 0,79.

## CAPITULO VI

### 6.1. DISCUSIÓN

El estudio sobre el diagnóstico de *H. pylori* por medio de endoscopia digestiva alta en los pacientes ingresados a consulta externa en el servicio de gastroenterología del Hospital José Carrasco Arteaga, es importante por la información que aporta para dar a conocer las consecuencias que implica ser portador de este agente patógeno y la importancia de llevar a cabo un tratamiento oportuno y correcto.

En este estudio se abordó el tema de diagnóstico de *H. pylori* por medio de endoscopia digestiva con una muestra de 167 pacientes del IESS de Cuenca, sin encontrar contratiempos en la realización del mismo con una importante participación de los pacientes, sus familiares y las autoridades del Hospital.

Señala este estudio, del total de pacientes evaluados, 38 pacientes se evidencio con diagnostico positivo de *Helicobacter pylori* determinado por medio de endoscopia digestiva alta, representando un 22.8%; se expuso que la sintomatología más frecuente es la epigastralgia que abarca un total de 155 pacientes representando un porcentaje de 92.8%; las edades en las que se presenta mayormente son en el adulto medio que comprende edades de 35 a 64 años con un porcentaje de 71,9%. Deberá considerarse ampliamente los factores higiénico dietéticos que son influyentes sobre la enfermedad, habito tabáquico 40.7%, café con 67.1%, y alcoholismo con 22.8%, la mayor parte de los pacientes comprenden sintomatología de larga data, debido al poco interés que prestamos a nuestra salud.

Según diversos estudios, demuestran una alta frecuencia de *H. pylori* a nivel de la mucosa gástrica con un porcentaje de 78.69% los cuales han sido diagnosticados como hallazgo por medio de endoscopia digestiva alta. (24)

En cuanto a la sintomatología un estudio rebela que la gran mayoría de pacientes portadores de esta bacteria son asintomáticos, a manera de ejemplo se indica que tan solo 1 de cada 14 pacientes con diagnóstico de *H. pylori* refieren epigastralgia, distensión o pirosis, a esto se le atribuye la falta de atención medica respecto a la enfermedad. (19)

Referente a los hábitos que influyen sobre esta enfermedad, los datos prueban que, de los hábitos como el café, tabaco y alcohol, el que más se asoció a esta patología es el consumo de café con 70%, muchos estudios ratifican que estos hábitos se relacionan de forma directa, recalando que, si bien no son agentes causales, estos contribuyen a la proliferación de la bacteria exacerbando la enfermedad (21)

Otro factor que no ha sido considerado y que puede influir en estos resultados es el genotipo de los pacientes, el cual tampoco se conoce a ciencia cierta. Sin embargo, se conoce algunos datos que pueden ayudar a prevenir alguna enfermedad más grave para cada paciente, considerando que las cepas presentes en estos pacientes al ser más virulentas que los otros genotipos de *vacA* podrían evolucionar en enfermedades crónicas, como son las úlceras duodenales o úlceras gástricas y en dependencia de la susceptibilidad del hospedero los pacientes podrían desarrollar adenocarcinoma gástrico o linfoma de MALT, aunque estos últimos muestren una prevalencia menor al 1% (6)

En esta investigación hubo una significativa diferencia entre los síntomas manifiestos, ya que no todos los pacientes identifican como tal la sintomatología que padecen y en menor proporción a relacionar con la posibilidad de ser portadores de un agente patógeno responsable de esta enfermedad, en donde influyen muchos factores desde hábitos higiénicos, dietéticos, zona poblacional e incluso rasgos genéticos

## Capítulo VII

### 7.1. CONCLUSIONES

Tras presentar los resultados de la investigación se concluye que:

1. En cuanto al diagnóstico de *H. pylori* por medio de endoscopia digestiva alta demuestra baja frecuencia representado por valores de 17.4% que corresponden a 29 casos.
2. Se señala que las manifestaciones clínicas más comunes fueron epigastralgia y pirosis con valores de 92,8% (155 casos) y 76% (127 casos) respectivamente
3. los hábitos que contribuyen al desarrollo de la enfermedad, son el consumo de café, tabaco y alcohol, de los cuales se indica que el de mayor consumo es el café con un valor de 67.1% (112 casos)

### 7.2. RECOMENDACIONES

Se sugiere a las autoridades del Hospital José Carrasco Arteaga que continúe con el impulso de este tipo de investigaciones que busca como finalidad contribuir al bienestar del paciente y sus familias, permitiendo poner en conocimiento factores de riesgo, asociados y diversas manifestaciones clínicas.

Se propone a los pacientes mantener mayor control en cuanto a sus hábitos personales en la salud, regulando el consumo excesivo de grasas, alimentos condimentados, horarios irregulares, consumo de café, tabaco, alcohol, etc., es así como se logrará conseguir un buen estado de vida al prevenir además la exacerbación de la enfermedad.

Mantener regímenes terapéuticos adecuados, en dosis, horario y cumplimiento de tiempo estipulado de tratamiento, obteniendo un correcto manejo de la enfermedad y evitarse complicaciones a futuro.

Como ya es de conocimiento el *H. pylori* es la única bacteria capaz de vivir en un medio ácido y es causante de gastritis, úlceras y finalmente cáncer gástrico, es importante su diagnóstico temprano de esta bacteria, no mostrar desinterés en cuanto a la sintomatología que desencadena este patógeno, haciendo énfasis en la

importancia de conseguir ser tratado con mayor brevedad, cuyo propósito es evitar complicaciones de la enfermedad, asistir inmediatamente a cualquier casa de salud en caso de manifestarse cualquier anomalía notable.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CAMARCO R. HELICOBACTER PYLORI. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: [http://robsanacamacaro.blogspot.com/2011/12/historia\\_10.html](http://robsanacamacaro.blogspot.com/2011/12/historia_10.html).
2. SALAS LM. ACTUALIZACION DE MANEJO INFECCIÓN POR HELICOBACTER PYLORI EN ATENCIÓN PRIMARIA. [Online].; 2016 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/618/art38.pdf>.
3. DAZA LMDA. 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. [Online].; 2011 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7012/1/597673.2011.pdf>.
4. GISBERT JP. INFECCION POR HELICOBACTER PYLORI. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: [http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/19\\_Infeccion\\_por\\_Helicobacter\\_pylori.pdf](http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/19_Infeccion_por_Helicobacter_pylori.pdf).
5. Jauraritzaren E. HELICOBACTER PYLORI, PUESTA AL DIA. [Online].; 2012 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: [http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime\\_infac/eu\\_miez/adjuntos/INFAC\\_Vol\\_20\\_n\\_4.pdf](http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime_infac/eu_miez/adjuntos/INFAC_Vol_20_n_4.pdf).
6. JAVIER P. GISBERT JMI. Tratamiento actual de la infección por Helicobacter pylori. [Online].; 2017 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <https://joseagua2.files.wordpress.com/2017/01/actualir-tratamiento-h-pylori.pdf>.
7. F. RS. HELICOBACTER PYLORI, HOY". UNA HISTORIA DE 30 AÑOS. [Online].; 2015 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-helicobacter-pylori-hoy-una-historia-S0716864015001224>.
8. Simón Correa G. AFCA,TCG,LACL,HIGG,SEM. Prevalencia de Helicobacter pylori y características histopatológicas en biopsias gástricas de pacientes con síntomas dispépticos en un centro de referencia de Medellín. [Online].; 2016 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v31n1/v31n1a02.pdf>.
9. Lic. Lidice González López LBLRG. Patogénesis de la infección por Helicobacter pylori. [Online].; 2011 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75232011000400010](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232011000400010).
10. CATARINA. ADHESION DE HELICOBACTER PYLORI EN PRESENCIA DE DIFERENTES ANTIGENOS DE LEWIS. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: [http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lcf/marques\\_m\\_ad/capitulo1.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcf/marques_m_ad/capitulo1.pdf).
11. R.H. Hunt SDXFMRLBFB. Helicobacter pylori en los países en desarrollo. [Online].; 2010 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/helicobacter-pylori-spanish-2010.pdf>.
12. FANNY NATALIA GONZALEZ OCHOA MJSR. CORRELACIÓN DE LA ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL DIAGNÓSTICO DE H. PYLORI DEMOSTRADO CON EL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES QUE ACUDEN POR PRIMERA VEZ AL SERVICIO DE VIDEOENDOSCOPIA DEL HOSPITAL DE

- ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO DIC 2011 ENE 2012. [Online].; 2012 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/5353/T-PUCE-5579.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
13. GARCIA EC. Helicobacter pylori: mecanismos de patogenicidad. [Online].; 2016 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2016/pt162h.pdf>.
  14. Lic. Lidice González López LBLRG. Patogénesis de la infección por Helicobacter pylori. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: [http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol50\\_4\\_11/med10411.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol50_4_11/med10411.htm).
  15. GISBERT JP. Revisión crítica de los métodos diagnósticos de infección por Helicobacter pylori. [Online].; 2000 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-revision-critica-los-metodos-diagnosticos-9806>.
  16. Javier P. Gisberta XCFBDBFB. III Conferencia Española de Consenso sobre la infección por Helicobacter pylori. [Online].; 2013 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-gastroenterologia-hepatologia-14-articulo-iii-conferencia-espanola-consenso-sobre-S0210570513000745>.
  17. M<sup>a</sup> Luz Cilleruelo Pascual SFF. Gastritis. Ulcus gástrico y duodenal. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/gastritis.pdf>.
  18. Dr. Ricardo Sebastián Alba Posse DRATDMLVC. HELICOBACTER PYLORI: Clínica, Diagnóstico y Tratamiento. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: [http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista158/3\\_158.htm](http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista158/3_158.htm).
  19. TORRES SILVA Elder CJSCJ. Endoscopías digestivas altas y biopsias gástricas en la Clínica Medica Cayetano Heredia. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 16. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v8n2/v8n2ao2.pdf>.
  20. Pinheiro DP. HELICOBACTER PYLORI – SÍNTOMAS Y TRATAMIENTO. [Online].; 2017 [cited 2017 AGOSTO 16. Available from: <http://www.mdsau.de.com/es/2015/10/helicobacter-pylori.html>.
  21. Medicina Sy. Factores de riesgo de infección de Helicobacter Pylori. [Online]. [cited 2017 AGOSTO 16. Available from: <https://www.saludymedicina.info/factores-de-riesgo-de-infeccion-de-helicobacter-pylori/>.
  22. AUGE GC. GPC Tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori en el paciente con úlcera péptica. [Online].; 2013 [cited 2017 AGOSTO 13. Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Helicobacter-Pylori-en-paciente-con-%C3%BAlcera-p%C3%A9ptica.pdf>.
  23. Dr. Ricardo la Torre, D. G. (15 de MAYO de 2008). *HELICOBACTER PYLORI: SU IMPORTANCIA PRACTICA EN LA GASTROENTEROLOGIA*. Obtenido de [file:///C:/Users/XTECH/Downloads/X071686400832187X\\_S300\\_es.pdf](file:///C:/Users/XTECH/Downloads/X071686400832187X_S300_es.pdf)
  24. M., F. G. (2015). Helicobacter Pylori reinfeccion. En F. G., *Helicobacter Pylori reinfeccion* (pág. 500). Santiago - Chile: Am J Gastroenterol.

# ANEXOS

146



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA  
COORDINACIÓN GENERAL DE INVESTIGACIÓN

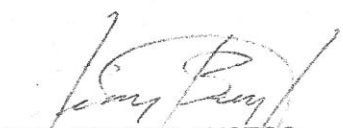
ACTA DE ENTREGA RECEPCIÓN  
PROTOCOLO DE INVESTIGACION

En la ciudad de Cuenca, con fecha 21 de junio del presente año, recibo Documento.

FECHA DE RECEPCION	21/06/2017
FECHA DE ACEPTACION	11/07/2017
REVISADO POR:	 HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA
TITULO	FRECUENCIA DE HELICOBACTER PYLORI Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 65 AÑOS DE EDAD CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA, PERIODO DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017
CONTENIDO	PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
FIN DE PROYECTO	JULIO 2017
AUTORES	SILVIA DANIELA BUSTOS INIGUEZ CI: 00106524960
CORREO ELECTRONICO	dannybu93@hotmail.com
DIRECCIÓN	LAS PENCAS
TELEFONO	2857600
CELULAR	0994141189
REVISORES	

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

  
TANIA CRESPO ASTUDILLO  
SECRETARIA

  
SILVIA DANIELA BUSTOS  
ESTUDIANTE U. CATOLICA

## ANEXO 2



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

#### **Estimado participante:**

Usted ha sido preguntado si le gustaría participar en este estudio que será realizado para desarrollar y obtener conocimientos que comprueben lo ya conocido o aporten con nuevos conocimientos sobre un problema de salud.

Le proporcionamos toda la información sobre el tema de investigación que le hemos propuesto participar.

Se realizará un estudio para conocer la incidencia de un agente bacteriano como es el H pylori a nivel del tracto gastrointestinal en paciente que hayan acudido al servicio de gastroenterología

Recolección de datos de forma interactiva con el paciente para conocer el cuadro clínico que el paciente presenta al momento de la consulta

Durante la investigación usted puede recibir documentos que contienen preguntas sobre su estado de salud. Nos gustaría que complete estos espacios ya que forman parte de la información que se requiere en el estudio propuesto a usted.

#### **ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES**

Este proyecto de investigación ha sido enviado a un Comité de Ética independiente y ha sido aprobado. No hay objeciones éticas.

#### **AUTONOMÍA**

Usted con su firma acepta participar en el proyecto de investigación, declarando que se ha leído a usted toda la información respectiva de la investigación, que ha comprendido lo que dice el documento, que le han contestado todas las inquietudes que pueda surgir sobre el tema propuesto, y que su decisión de participar es voluntaria, libre y pensada por usted, sin ningún tipo de obligación o imposición por otras personas. Antes de tomar la decisión de firmar este documento, usted tiene toda la libertad para consultar con familiares u otros profesionales médicos independientes para poder tomar una decisión razonada. Usted tiene derecho a dar por finalizada su participación en el estudio en cualquier momento y por cualquier razón, sin experimentar ninguna consecuencia negativa. Durante el transcurso del estudio su investigador le informará de cualquier nuevo hallazgo que pudiese influenciar sobre su decisión de participar en el mismo.

#### **BENEFICENCIA**

Durante todo el desarrollo de la investigación se procurará siempre mantener su beneficio, buscando su bienestar personal y el bienestar de los otros sujetos de la sociedad. Con su participación en este estudio usted está apoyando al desarrollo de conocimientos médicos que podrían ayudarle a usted y posteriormente a otros pacientes.

#### **NO MALEFICENCIA**

Durante el tiempo que dure el proceso de la investigación usted no sufrirá ningún daño físico, mental, emocional o moral.

#### **JUSTICIA**

Los conocimientos generados durante el proceso de investigación serán difundidos hacia los sujetos objeto de estudio, y de manera anónima a la comunidad y población en general, con el único fin de mejorar las condiciones de vida.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

Con esta firma usted otorga además su consentimiento para el traspaso de los datos recogidos de su persona, para proceder a una evaluación estadística. Todos los datos serán manejados de forma anónima (es decir, solo se transmitirán sus iniciales o el número que se le asigna); su nombre y dirección solamente son conocidos por su investigador y no serán comunicados a terceras partes estando sujetos a las normas de protección de datos. En caso de publicación de esta investigación se guardará todas las normas antes establecidas.

\_\_\_\_\_  
Participante



## Encuesta Helicobacter Pilory

- 1) Edad: \_\_\_\_\_
- 2) Género:  
Femenino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_
- 3) Estado Civil:  
Soltero \_\_\_\_\_ Casado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ U-L \_\_\_\_\_
- 4) Años de Escolaridad:  
Primaria \_\_\_\_\_ Secundaria \_\_\_\_\_ Superior \_\_\_\_\_
- 5) Zona de Residencia:  
Urbana \_\_\_\_\_ Rural \_\_\_\_\_
- 6) Hábitos:  
Café: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Tabaco: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Alcohol: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 7) Frecuencia con la que consume alimentos fuera de casa a la semana  
1 vez \_\_\_\_\_ 2 veces \_\_\_\_\_ 3 veces \_\_\_\_\_
- 8) Motivo de Consulta:  
Epigastria \_\_\_\_\_ Distensión \_\_\_\_\_ Pírosis \_\_\_\_\_  
Meteorismo \_\_\_\_\_ Anorexia \_\_\_\_\_ Náusea \_\_\_\_\_  
Vómito \_\_\_\_\_ Disfagia \_\_\_\_\_ Pérdida de peso \_\_\_\_\_
- 9) Tiempo de sintomatología: \_\_\_\_\_
- 10) Ha utilizado medicamentos en los últimos 6 meses  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 11) Ha sido diagnosticado de H. Pilory  
Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_
- 12) Recibió tratamiento para H. Pilory  
Sí \_\_\_\_\_ Terminó tratamiento para H. Pilory: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_
- 13) Se ha realizado estudios invasivos (endoscopia)  
Sí \_\_\_\_\_ Resultados: \_\_\_\_\_  
No \_\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**  
**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**  
**UNIDAD DE TITULACIÓN**

Cuenca, 16 de junio de 2017.

**COORDINACIÓN GENERAL DE CONTROL DE TICS Y PLANIFICACIÓN DE ESTADÍSTICA**

De mi consideración

Reciba un saludo cordial y atento saludo por medio de la presente, me permito solicitar a usted y por su intermedio hospital JOSÉ CARRASCO ARTEAGA el requerimiento de información del sistema AS-400 para que se realicen acciones investigativas que sirvan de base y tributen al trabajo de Titulación que se titula *Frecuencia de helicobacter pylori y características clínicas en pacientes adultos de 20 a 65 años de edad con endoscopia digestiva alta en el hospital José Carrasco Arteaga en el periodo diciembre 2016 a junio 2017, realizado por el estudiante Silvia Daniela Bustos Iñiguez interno de la universidad católica de cuenca, mismo que serán dirigidas y supervisadas por Tutores y Asesores de nuestra planta docente y miembros del equipo médico del Hospital. Los estudios constarán con todos los requisitos profesionales, disciplinarios y éticos que se demandan para ello.*

Este protocolo ha sido aprobado en la comisión académica de la Unidad de Titulación de la Facultad de Medicina Matriz de la Universidad Católica de Cuenca

Sin otro particular por comunicarle, nos suscribimos de Usted con sentimientos de consideración y estima

Dr. Lorgio Aguilar PHD.  
Coordinador Unidad de Titulación.

FRANCISCO VALDEAVINOS  
DEPARTAMENTO UNIDAD DE TITULACIÓN  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA  
UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR  
CARRERA MEDICINA  
DEPARTAMENTO UNIDAD TITULACIÓN

Unidad Académica de Salud y Bienestar. Facultad de Medicina.



Cuenca, 08 de septiembre de 2017

El Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos de la Unidad Académica de Salud y Bienestar de la Universidad Católica de Cuenca **CERTIFICA** que ha conocido, analizado y aprobado el protocolo de estudio intitulado "FRECUENCIA DE HELICOBACTER PYLORI Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 65 AÑOS DE EDAD CON ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO DICIEMBRE 2016 A JUNIO 2017", cuyo investigador principal es la Sra. Silvia Daniela Bustos Iñiguez y que se encuentra siendo dirigida por el Dr. Fernando Cornejo G.

Código: BISD2

Es todo cuanto se puede decir en honor a la verdad.

Atentamente,

  
  
DR. WILSON CAMPOVERDE BARROS  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA  
Dr. Wilson Campoverde Barros  
COORDINADOR COMITÉ DE BIOÉTICA



# HELICOBACTER PYLORI

ORIGINALITY REPORT

INFO ANEXO 8 ESIS

10%

SIMILARITY INDEX

9%

INTERNET SOURCES

0%

PUBLICATIONS

2%

STUDENT PAPERS

MATCH ALL SOURCES (ONLY SELECTED SOURCE PRINTED)

2%

★ [evolucion-zero.blogspot.com](http://evolucion-zero.blogspot.com)

Internet Source

Exclude quotes

Exclude matches  < 20 words

Exclude bibliography

## ANEXO 10

### INFORME DE TESIS

TEMA: FRECUENCIA Y CARACTERISTICAS CLINICAS DE DIAGNOSTICO DE HELICOBACTER PYLORI POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES ADULTOS DE 25 A 55 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL JOSE CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2017.

ESTUDIANTE: SILVIA DANIELA BUSTOS IÑIGUEZ

Yo, Miguel Fernando Cornejo, Docente de la Unidad Académica de Salud y Bienestar, en calidad de director de la presente tesis, indico que se ha realizado los cambios establecidos, por lo tanto, luego de haber sido revisada la tesis podrá ser sustentada sin inconveniente.

De existir alguna novedad o inquietud, estoy presto a ayudar en lo que sea necesario



ATENTAMENTE

DR. FERNANDO CORNEJO

TUTOR DE TRABAJO DE TITULACION

Dr. Fernando Cornejo G.  
GASTROENTERÓLOGO  
C.I. 0101881654

ANEXO 11




**UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DE CUENCA**  
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA**

Yo, Silvia Daniela Bustos Iñiguez, autora del proyecto de investigación titulado: *FRECUENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE DIAGNOSTICO DE HELICOBACTER PYLORI POR ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA EN PACIENTES ADULTOS DE 25 A 55 AÑOS DE EDAD EN EL HOSPITAL JOSÉ CARRASCO ARTEAGA EN EL PERIODO ENERO – JUNIO 2017*; reconozco y acepto el derecho de la Universidad Católica de Cuenca, de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención de mi título de Médico. El uso que la Universidad hiciere de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autor.

Atentamente,



**Silvia Daniela Bustos Iñiguez**

Manuel Vega y Pio Bravo

Teléfono: 830752-413175

[www.ucacue.edu.ec](http://www.ucacue.edu.ec)